HAL
open science

Hôpital, Territoire, Santé : l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé ?

Sophie Colasse

To cite this version:

Sophie Colasse. Hôpital, Territoire, Santé : l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé ?. Gestion et management. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2011. Français. NNT : 2011ENMP0105 . pastel-00732241

HAL Id: pastel-00732241

https://pastel.hal.science/pastel-00732241

Submitted on 14 Sep 2012

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

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

ParisTech
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES
PARIS INSTITUTE OF TECHNOLOGY

MINES ParisTech

École doctorale n° 396 : Economie, Organisations et Société

Doctorat ParisTech

T H È S E

pour obtenir le grade de docteur délivré par

l'École nationale supérieure des mines de Paris

Spécialité " Sciences de gestion"

présentée et soutenue publiquement par

Sophie COLASSE

le 16 Décembre 2011

Hôpital, Territoire, Santé : l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé ?

Directeur de thèse : **Professeur Michel NAKHLA**

Jury

M. Gérard de POUVOURVILLE	Professeur, Chaire Santé, ESSEC	Rapporteur
M. Bruno FAULCONNIER	Directeur General, Centre Hospitalier de Niort	Examinateur
M. Pierre LOMBRAIL	Professeur, Département SPMS, Université Paris13	Examinateur
M. Jean-Claude MOISDON	Directeur de recherche, CGS, Mines ParisTech	Examinateur
M. Michel NAKHLA	Professeur, Chercheur CGS, Mines ParisTech	Directeur de thèse
M. Gérald NARO	Professeur, ISEM, Université Montpellier1	Rapporteur

T H È S E

MINES ParisTech
Centre de Gestion Scientifique
60 boulevard Saint-Michel, 75 272 PARIS cedex 06

Mines ParisTech n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Remerciements

Cette thèse est l'aboutissement de plusieurs années de travail et atteste de l'intérêt que je porte aux enjeux du système de santé. Elle n'aurait pu voir le jour sans le soutien et l'aide de nombreuses personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette épopée ! Je tiens donc ici à les remercier et leur témoigner de ma reconnaissance.

Mes premiers remerciements vont tout naturellement à Michel Nakhla qui a dirigé ces travaux et s'est montré compréhensif face à mes choix tout au long de mon parcours dans le milieu des hôpitaux. Toujours à l'écoute, ses conseils m'auront été précieux pour que je puisse faire avancer ma réflexion et conclure cette thèse.

Deux personnes ont fortement influencé ces travaux. Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche à l'Ecole des Mines de Paris et Philippe Peyret, enseignant à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Critiques mais bienveillants, leurs remarques m'auront permis d'affiner mon propos. Je garderai bien sûr en mémoire les petites expressions et autres boutades chères à Jean-Claude Moisdon qui attestent de son expérience et de sa compréhension fine des problématiques de gestion du système hospitalier.

Cette thèse n'aurait pas non plus été aussi pertinente sans le recours à des terrains de recherche inédits, riches, parfois surprenants. Mes remerciements vont donc également à Mario Di Palma, Olivia Ribardière et son équipe, et Etienne Minvielle qui m'ont consacré de leur temps et m'ont permis de découvrir les enjeux et l'ambiance particulière qui règne dans les centres de lutte contre le cancer.

Cette thèse aura aussi été l'occasion de virées en terre angevine partagées avec Jean-Claude Moisdon, Michel Nakhla, Yann Bourgueil et Michka Naiditch. Je remercie donc Bruno Faulconnier qui est à l'initiative de ce projet audacieux et m'a offert un terrain de recherche riche, porteur pour l'ensemble de la réflexion ici restituée, m'invitant ainsi à me poser des questions au-delà de la simple gestion hospitalière.

Je remercie Pierre Lombrail, Gérard de Pouvourville et Gérald Naro qui ont accepté de participer au jury de thèse et attestent ainsi de l'intérêt qu'ils portent à ce travail.

Je tiens enfin à exprimer mes remerciements à André Lestienne qui m'a permis de réaliser ces travaux de recherche au sein du CNEH, terrain de jeu idéal pour découvrir les difficultés et les défis auxquels sont confrontés les établissements de santé. Il m'a fait part d'une grande confiance tout au long de mes travaux en me laissant libre de mener ma réflexion pendant les trois années de convention CIFRE.

Mon expérience au CNEH m'a conduite à tisser de nombreux liens amicaux. Merci à Laetitia, Amandine, Anna-Laura, Emilie, Jean-François, Vani, Caroline, Frédéric, Jonathan, Anne-Jil, et Etienne, qui prend le relais, pour les bons moments passés au CNEH.
Merci à Gaëlle de m'avoir initiée aux subtilités du contrôle de gestion à l'hôpital.
Merci à mes camarades de la Protection Civile de Paris 13, Sylvain, Arnaud, Marine, Virginie Antoine and Co qui m'ont lancé un défi que je n'ai finalement pas osé relever !
Merci à Anne-Laure et Jonathan pour leur patience et leurs encouragements dans la dernière ligne droite.
Merci à Fanny et à Léna pour leur soutien indéfectible.
Merci à ma famille.

Une page se tourne, une autre s'ouvre, merci à toutes celles et ceux qui y ont contribué et m'ont amenée à faire les bons choix.

Sommaire

Introduction générale **9**

PARTIE 1
Médecine et gestion : deux disciplines incompatibles ?

Chapitre 1 - Les outils issus de la comptabilité analytique hospitalière et la question de l'allocation des ressources à l'hôpital **39**
Chapitre 2 - Modèles et instruments du contrôle de gestion : du pilotage de la performance à l'action collective **79**
Chapitre 3 – Diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital : écueils, alternatives et enjeux **101**
Chapitre 4 - Structure et fonctionnement de l'hôpital : l'ouverture de l'hôpital comme facteur de rationalisation des organisations de santé ? **133**

Partie 2
Evolutions organisationnelles et nouveaux outils de pilotage de la santé : résultats issus de l'expérience

Chapitre 5 – Matériel et méthodologie de recherche : déstabilisation de l'objet hôpital et recherche-intervention **171**
Chapitre 6 – L'hôpital comme premier terrain de recherche : proposition d'un outil de simulation économique **203**
Chapitre 7 – La filière Hôpital / Domicile comme deuxième terrain de recherche : étude des modes de coordination dans le cadre du dispositif de sortie des patients atteints de cancer **233**
Chapitre 8 – Le territoire de santé comme troisième terrain de recherche : étude d'un projet médical partagé entre médecins libéraux et hôpital et proposition de construction de comptes locaux de la santé **261**

PARTIE 3
Savoirs et relations : une grille d'analyse en faveur d'une révision du concept de contrôle de gestion à l'hôpital

Chapitre 9 - Dimensions et variables de conception : proposition d'une grille de diagnostic du contrôle de gestion par pathologie et problématiques associées **295**
Chapitre 10 – Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus de construction conjointe des savoirs et des relations **327**
Chapitre 11 – Valorisation et ouverture internationale de la recherche en gestion de la santé **355**

Conclusion générale **377**
Annexes **387**
Bibliographie **395**
Table des figures **405**
Liste des sigles **409**
Plan général **415**

Introduction générale

Par décret du 15 mars 2010 publié au journal officiel le 16 mars, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a été créée au sein du ministère chargé de la santé, en lieu et place de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Cette évolution va plus loin qu'un simple changement d'intitulé. La création de cette direction générale d'administration centrale s'inscrit, en effet, dans la nouvelle gouvernance du système de santé, qu'illustre également la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elle traduit la volonté affirmée d'avoir une approche globale de l'offre de soins, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital. Sur le papier, la DGOS substitue donc à une logique d'expertise, une logique de pilotage stratégique, d'élaboration des politiques, d'animation et d'appui à leur mise en œuvre, de contrôle et d'évaluation.

Cette évolution traduit la volonté d'un changement de paradigme et prolonge le mouvement de réformes et de plans de structuration connu par les organisations de santé dont l'un des axes majeurs semble être celui de la rationalisation des organisations hospitalières.

En effet, le secteur hospitalier français connaît un certain nombre de réformes allant dans le sens des évolutions profondes que connaissent les organisations publiques ; introduction de démarches gestionnaires, évaluation de l'activité, contractualisation des objectifs… Ces évolutions remettent en cause, dans bon nombre de situations, la nature des échanges au sein de ces organisations. A titre d'exemple, les exigences de performance, imposées à certains services, entraînent une reconfiguration des relations entre l'entreprise publique, ses tutelles et ses usagers (nouveaux principes de tarification, émergence ou transformation des politiques contractuelles, ...).

Les spécialistes ont ainsi décompté 35 plans de réforme depuis 1948, soit une réforme tous les 18 mois en moyenne[1]. Elles visent principalement trois volets :

– L'organisation des établissements avec la définition de nouvelles formes de gouvernance entre médecins et gestionnaires, le projet d'établissement, la mise en place du Programme de

[1] Yves Joncour, Cabinet Axe Management, Séminaire Organisation et métiers à l'hôpital, R. Bercot, Y. Saint Saulieu, MSH Paris Nord, 19 juin 2008.

[2] La Nouvelle Gouvernance a été introduite dans le cadre du plan Hôpital 2007, devenu hôpital 2012 ; elle vise à responsabiliser le personnel soignant et non soignant, élargir l'autonomie de l'établissement

Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la contractualisation interne, la formation des médecins à la gestion ou encore le redéploiement d'activités et les coopérations inter-établissements ;

- Le financement de leur activité avec la mise en place du PMSI et de la Tarification à l'Activité (T2A) ;
- La qualité et la sécurité des soins avec notamment l'instauration de l'accréditation, et le développement d'indicateurs de qualité.

Bien qu'imparfaits ou incomplets, ces dispositifs ont pour point commun d'introduire une conscience gestionnaire à l'hôpital en lien avec de nouveaux outils de gestion.

Pour autant, face aux caractéristiques structurelles, environnementales et socio-professionnelles de l'hôpital, ces outils de gestion se sont souvent montrés impuissants à impulser une dynamique de changement et la greffe d'outils issus du secteur industriel, bien que fondée sur de bonnes intentions, n'a pas pris à l'hôpital. Ce constat pose la question de la pertinence du dispositif de contrôle et se révèle exemplaire quant à la remise en cause des schémas traditionnels issus des entreprises du domaine industriel et marchand.

La contingence du système, qu'il s'agisse de la complexité des processus du fait de la variété élevée des cas, ou de l'incertitude de son environnement rend difficile la prévision. Ce constat témoigne d'ores et déjà de la nécessité de se tourner vers des modes de contrôle pluriels et complémentaires tenant compte de la réalité hospitalière. Il pose également la question du niveau de régulation pertinent pour gérer le système de santé dans son ensemble en vue d'établir des liens entre médecine de ville et hôpital et ainsi adopter une nouvelle démarche gestionnaire.

Pour autant, et quel que soit le niveau de l'organisation considéré, l'un des enjeux réside dans l'adhésion des acteurs à la démarche gestionnaire et l'appropriation des outils qui en résulte. En effet, la mise en place du contrôle de gestion à l'hôpital peine à trouver sa légitimité. Dès les années 1970, Gauthier et alii (1979) expliquent que « la logique de la profession médicale tend à rejeter toute approche quantitative, chiffrée des divers domaines de l'activité hospitalière ». Aujourd'hui, si la mesure chiffrée est davantage répandue au sein de l'hôpital, c'est l'usage qui en est fait qui est parfois dénoncé à travers la recherche de performance et de rentabilité inhérente à la mise en place du financement à l'activité par exemple (Expert, 2006 ; Escaffre, 2008). La fonction contrôle de gestion a-t-elle alors sa place dans une organisation telle que l'hôpital qui, rappelons-le, est définie par ses missions ; selon le Code de la Santé

Publique, « le service public hospitalier a obligation d'assurer ou de concourir à la prévention, l'enseignement universitaire, la recherche, la qualité des soins et la sécurité. » Il n'est donc jamais fait référence à un objectif de profit via un développement de l'activité par exemple.

Pour autant, le droit lui-même pose la question de la conciliation entre intérêts médicaux et intérêts économiques ; l'article R 4127-92 du Code de la Santé Publique commenté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle que « le médecin doit prendre conscience des réalités économiques aussi bien dans la gestion d'un cabinet libéral que dans son exercice au sein d'un établissement public hospitalier ou privé. « […] Tout médecin doit donc s'efforcer de trouver une adéquation entre le souci légitime de bien traiter ses patients et les réalités économiques ». C'est à cette question que le contrôle de gestion doit apporter un certain nombre de réponses, établissement par établissement mais sur la base de principes communs.

Chercheurs, acteurs de terrain, qu'ils soient issus du corps médical et soignant ou gestionnaires, mais aussi institutions sont mobilisés autour de ces questions comme en témoignent les nombreux rapports initiés par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ou encore le Ministère de la Santé à travers la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) avec pour finalité la diffusion de recommandations et leur mise en œuvre par l'intermédiaire de guides méthodologiques.

Les cabinets de conseil sont également largement sollicités par les établissements ; l'intérêt réside dans la participation à un accompagnement progressif avec élaboration d'une feuille de route « sur-mesure » car issue d'une phase de diagnostic puis adaptation aux problématiques de l'établissement.

La question du rôle et de la place du contrôle de gestion en santé intéresse donc de multiples acteurs. Cette recherche s'intègre dans cette série de travaux et contribue à éclairer le débat en dépassant le cadre strict de l'hôpital au profit d'une réflexion sur le lien entre hôpital et médecine de ville.

Menée dans le cadre d'une Convention CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la Recherche) liant le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), cabinet de conseil et de formation pour les établissements de santé et le Centre de Gestion Scientifique (CGS) de l'Ecole des Mines particulièrement reconnu pour ses recherches spécifiques en « Gestion

hospitalière et système de santé », ce type thèse s'inscrit dans le mouvement qui cherche à renforcer les liens entre l'entreprise et l'université autour de problématiques de recherche appliquée. L'objectif poursuivi est ainsi de prendre conscience des dysfonctionnements et enjeux qui en résultent au plus près des faits pour ensuite mener une analyse approfondie faisant appel aux références théoriques les plus pertinentes.

Le chapitre introductif doit nous permettre de préciser le contexte de l'étude, la problématique de recherche qui en découle et la méthodologie employée pour y répondre ; l'ensemble de cette réflexion sera ainsi être restituée dans la présente thèse.

Contexte et problématique de recherche

Lors de la définition du projet de thèse, nous avions retenu un axe de réflexion prioritaire qui devait permettre de répondre aux exigences de chacun des acteurs engagés dans la convention CIFRE. D'un côté, le cabinet de conseil, entreprise d'accueil, attend de cette collaboration des solutions concrètes dans un problème de R&D, de l'autre le laboratoire de recherche attend de nouveaux concepts en combinant approches fondamentales et élaboration de solutions concrètes.

Le projet initialement retenu reposait sur la construction d'un outil de simulation économique de l'hôpital ; toute l'originalité du travail ainsi entrepris réside dans le travail de modélisation économique de l'hôpital, préalable nécessaire à la construction de cet instrument. Le modèle étant basé sur des relations de dépendance entre variables, l'enjeu consiste alors à rattacher toute décision stratégique devant faire l'objet d'une mesure d'impact tant financière qu'organisationnelle à un jeu de variables instrumentales à faire varier en fonction des différents scénarii de gestion testés.

Pour autant, ce seul terrain de recherche ne permettait pas d'éclairer le débat de manière exhaustive autour des transformations que subit l'hôpital et l'instrumentation de gestion nécessaire à trois niveaux ; accompagnement des restructurations organisationnelles, introduction de mécanismes incitatifs nécessaires à l'adhésion de tous les acteurs impliqués et évaluation de ces nouveaux modes d'organisation.

Afin d'esquisser les caractéristiques de ces nouvelles pratiques de gestion, nous présentons le contexte, l'objet de recherche sur lequel porte l'étude et la problématique de recherche tant du point de vue de l'entreprise d'accueil que du laboratoire de recherche.

Contexte

La réflexion autour de la gestion et plus largement de l'organisation de l'hôpital doit être menée autour d'un double constat :

- La réforme de la gouvernance interne des établissements de santé a modifié de manière profonde l'organisation interne des établissements de santé
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et ses textes d'application de juin 2010, confèrent aux établissements une plus grande réactivité.

Ces deux éléments ont largement contribué à des modifications substantielles du dispositif prévu jusqu'alors et dont les écueils peuvent être résumés de la manière suivante :

- Les hôpitaux ont tenté d'introduire un certain nombre d'outils de gestion. Ces outils ont été développés dans le cadre d'expérimentations qui restent trop isolées et traduisent les difficultés de l'hôpital à capitaliser les enseignements qui en sont issus et à prendre en compte la dimension interne.
- L'usage des outils du contrôle de gestion reste souvent restreint à la vérification au détriment d'un véritable pilotage de l'activité de l'hôpital.
- Le contrôle de gestion n'a été rendu possible, dans certains hôpitaux, que par la mise à disposition des gestionnaires hospitaliers d'outils de régulation externe, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ou de contractualisation interne. Ces outils présentent notamment l'avantage de croiser deux logiques, l'une économique et l'autre médicale.
- La mise en œuvre d'un nouveau mode de financement des hôpitaux en France sur la base d'une tarification à l'Activité redonne, a priori, du sens aux outils du contrôle de gestion. Ce type de tarification présente l'intérêt d'inciter les hôpitaux à fonctionner de manière efficace, c'est-à-dire minimiser les coûts. En effet, ils ne seront pas remboursés pour des dépenses dépassant le forfait correspondant au cas traité. A l'inverse, ils doivent pouvoir s'approprier les surplus découlant d'un séjour moins coûteux que le forfait.

– La plupart des outils du contrôle de gestion restent toutefois cantonnés à une seule logique budgétaire, celle de l'allocation des ressources en lien avec des préoccupations financières liées à la T2A, sans impact sur les comportements organisationnels. Il en résulte un gap entre gestion et organisation.

Pour autant, la Nouvelle Gouvernance, introduite par l'ordonnance du 2 mai 2005[2] a désormais une ancienneté de plusieurs années qui lui confère une certaine maturité. Associée à des démarches de contractualisation, elle a tenté de réduire ce gap à travers un double objectif :

– D'une part, faciliter l'élaboration de projets médicaux visant à valoriser au mieux l'activité, et donc contribuer à réduire le déficit budgétaire ;

– D'autre part, permettre l'élaboration de tableaux de bords « explicatifs » de la performance et différencier les secteurs par rapport à la performance globale de l'hôpital, grâce à une remontée d'informations sur les coûts, rendue possible par une comptabilité analytique.

Le contexte est aussi celui d'une montée en charge d'un pilotage global et unifié de la santé au niveau de la région. La loi HPST, en créant les Agences Régionales de Santé (ARS) a ainsi vocation à mieux répondre aux besoins et accroître l'efficacité du système dans son ensemble.

L'évolution de la régulation du système hospitalier public en France est alors fondée sur un double mouvement : accroissement des moyens de contrôle externe de la production de soins d'un côté, et incitation à la responsabilisation des hôpitaux par une régulation contractuelle de l'autre. Or ce processus externe, est décliné à l'intérieur même des établissements sous la forme d'une contractualisation interne. La question posée ne se résume plus seulement à celle du contrôle mais aborde l'organisation, la production et l'utilisation collective des connaissances médico-économiques dans un contexte d'abondance d'informations économiques et médicales. Cette vision de la gestion rend nécessaire la mise en œuvre de

[2] La Nouvelle Gouvernance a été introduite dans le cadre du plan Hôpital 2007, devenu hôpital 2012 ; elle vise à responsabiliser le personnel soignant et non soignant, élargir l'autonomie de l'établissement et instaurer des contrats entre les différents acteurs de la santé. Concrètement il s'agit de mettre en place des pôles d'activité, en tant que regroupements de services hospitaliers, auxquels est attribuée une délégation de gestion (gestion du personnel, enveloppes d'investissement, contractualisation d'objectifs…). Ainsi, il s'agit bien de décloisonner l'hôpital en rapprochant les logiques médicales et administratives, à responsabiliser les différents acteurs, et à rapprocher la gestion du terrain.

cycles d'apprentissages collectifs et permet la régénération simultanée d'outils de gestion et de nouvelles connaissances. Pour autant, elle ne saurait prendre la forme d'une déclinaison imposée des connaissances externes, d'objectifs de rationnement des ressources, sans fondement médical. Elle nécessite à ce titre l'invention de nouvelles pratiques de gestion.

Description de l'objet de recherche

A la question « Qu'est-ce que le contrôle de gestion à l'hôpital », il semble difficile de trouver une réponse spontanée et unanime tant les formes qu'il peut prendre sont variées. Le degré d'avancement des établissements dans leurs pratiques de gestion, la diversité des outils développés des plus simples aux plus sophistiqués et les obstacles auxquels se heurtent les contrôleurs de gestion même les plus avertis, amèneraient Hatchuel à le qualifier de *« concept »,* c'est à dire un *« objet inconnu et dont l'existence est indécidable, sur lequel il faut raisonner rigoureusement avec les connaissances disponibles ».*

Un raisonnement rapide pourrait nous amener à plaquer les méthodes et outils ayant fait leur preuve dans d'autres secteurs. Nous formulerions alors l'hypothèse implicite selon laquelle les situations de gestion sont bien cadrées, il n'y a donc pas lieu de réviser les identités des concepts. Le contrôle de gestion consisterait alors à appliquer les préceptes du contrôle et de l'évaluation. Les objectifs sont connus, les métiers sont stables et leurs interactions planifiés, les méthodes sont génériques et les processus sous contrôle.

Cette hypothèse nous semble discutable dans le domaine du contrôle de gestion hospitalier. Celui-ci, mobilise des techniques de diagnostic, des compétences, des formes d'organisation et de coopération souvent inédites. De nouveaux objectifs apparaissent et les étapes de validation sont à compléter. Le contrôle de gestion à l'hôpital ne se limite pas, en effet, à un processus de conception réglée dans le cadre d'une trajectoire technologique établie sous forme d'une simple adaptation du contrôle de gestion classique et des compétences existantes. Il peut impliquer un processus de conception innovante (Hatchuel, Le Masson, 2007), c'est-à-dire une révision profonde de l'identité des objets, des compétences, des raisonnements et des outils de gestion associés par rapport à des objectifs peu spécifiés au départ. Il ne saurait être assimilé à un dominant *design*[3] au sens d'Abernathy et Utterbach qui

[3] Un *dominant design* désigne un ensemble de caractéristiques qui sert de référence pour une catégorie de produits, qui donne l'identité d'un produit (Abernathy et Utterbach, 1978).

le définissent comme étant un ensemble de caractéristiques qui sert de référence pour une catégorie de produits, et donne l'identité d'un produit. La conception innovante se différencie alors par sa capacité à sortir l'organisation du paradigme de conception dominant dans lequel ces produits sont inscrits (Teece, 1988).

Cette précision nous semble importante à ce stade de notre réflexion et apporte un élément de réponse au plaidoyer orchestré par le corps médical et soignant, dénonçant la prolifération d'outils de gestion et la recherche de la rentabilité économique, arguant que « l'hôpital n'est pas une entreprise ».

Les travaux présentés ici s'inscrivent dans ce contexte de recherche de modèles de gestion adaptés à l'organisation et au pilotage de l'hôpital par le biais d'une fonction que nous assimilons jusqu'ici au contrôle de gestion. Nous ne prétendons donc pas donner une définition universelle du contrôle de gestion, ni même proposer des outils immédiatement transposables à chaque établissement mais examinons le processus sous-jacent avec pour finalité une meilleure prise en compte des dynamiques organisationnelles facilitant l'appropriation des outils par les acteurs.

La problématique industrielle

Fondé en 1974, le CNEH gérait en exclusivité les applications informatiques hospitalières et leur maintenance. Le conseil, l'audit et la formation constituent aujourd'hui ses cœurs de métier et il est à cet égard un partenaire privilégié de nombreux établissements de santé, hospitaliers et médico-sociaux. L'expertise apportée par le CNEH s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement des établissements en vue d'une compréhension de leurs problématiques ainsi que la mise en place des réformes. Les équipes sont ainsi composées de deux types de compétences complémentaires : des compétences « métiers » issues du secteur de la santé (directeurs d'hôpital, médecins, pharmaciens, cadres de santé, juristes de la santé, ingénieurs biomédicaux, ingénieurs en gestion des risques, …) et de compétences « conseil » extra-sectorielle disposant d'une expertise en termes de méthodes et d'outils. Dans le cadre de cette démarche d'accompagnement, la mise en place d'une activité de Recherche et Développement (R&D) au sein du CNEH s'inscrit dans un processus d'innovation pour anticiper et répondre aux besoins émergents des établissements par la création d'outils adaptés.

Cette cellule, créée en Mai 2007 vise à proposer des outils de gestion dans une optique d'aide à la décision et plus largement d'amélioration de l'efficience du pilotage médico-économique. A partir du constat d'un manque d'outils de pilotage adaptés aux spécificités des établissements de santé et malgré un besoin réel résultant d'une contrainte croissante de maîtrise des coûts et des réformes des modalités de financement que connaissent les hôpitaux, l'objectif poursuivi à long terme consiste à construire un outil de simulation économique en lien avec la problématique de la décision stratégique.

Pour autant la seule existence d'un outil d'aide à la décision ne saurait être suffisante pour améliorer le pilotage médico-économique des hôpitaux. S'il permet l'objectivation de solutions envisageables, leur mise en œuvre réelle et effective nécessite un processus d'apprentissage. C'est finalement le passage de la décision à la solution opérationnelle qui constitue un enjeu majeur pour les managers hospitaliers. Les outils décisionnels se situent, en effet, au cœur d'une multitude de domaines du système d'information tels que les activités clinique et médico-technique, les finances, les ressources humaines et la logistique. Ceci soulève plusieurs questions en termes d'interfaces avec les Systèmes d'Information des unités, de standardisation et de fiabilisation des données, mais aussi la prise en compte des résistances institutionnelles et de la culture hospitalière.

La cellule R&D du CNEH semble donc être un terrain favorable à la réalisation d'une thèse CIFRE ; la démarche entreprise alliant clarification conceptuelle et recherche de solutions concrètes s'inscrit dans la vocation des thèses CIFRE qui visent à combiner approche académique et contraintes métier et temps. L'objectif étant de proposer des solutions concrètes en réponse aux problématiques actuelles du secteur, il convient de bien comprendre les éléments de contexte.

Le contexte est celui d'une réorganisation de l'offre de soins, les décideurs hospitaliers se trouvent aujourd'hui confrontés à une problématique nouvelle : celle du pilotage de leur activité. Qu'il s'agisse d'une réflexion stratégique dans le projet d'établissement ou d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), d'une analyse exploratoire dans le cadre d'une action de coopération entre établissement ou encore de la recherche de solutions permettant un retour à l'équilibre financier, il est indispensable de vérifier la viabilité économique de la démarche stratégique mais aussi de valider l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle des hypothèses de travail auprès des équipes médicales et soignantes. Face à ce constat, l'objectif repose pour le CNEH sur la construction d'un outil de simulation

économique simple mais innovant, permettant d'accompagner le décideur dans sa démarche. S'agissant d'un outil de simulation permettant de tester des scénarios de gestion alternatifs, l'intérêt de l'outil réside dans la possibilité de donner la main à l'utilisateur afin de rentrer des données cibles puis de mesurer l'impact d'une stratégie médicale sur l'activité, l'occupation et in-fine le résultat économique.

Une telle mesure d'impact suggère de dépasser l'approche traditionnelle du contrôle de gestion tournée vers la seule explication du passé, vision encore largement dominante dans les établissements hospitaliers, au profit d'une démarche de type prospectif.
Les premières réflexions ont porté sur la construction d'une modélisation économique fine de l'hôpital qui vise à établir des relations de dépendance entre variables et identifier les leviers d'actions ; s'agissant d'un modèle, un certain nombre d'hypothèses et de choix méthodologiques doivent être formulés que seule la confrontation aux données réelles permet de valider. Sur cette base, le modèle est utilisé à des fins de simulation en vue de tester des scénarios de gestion alternatifs. La confrontation entre une approche descendante permettant d'établir une prévision d'activité et de consommation d'unités d'œuvre par secteur clinique avec une approche ascendante permettant de déterminer une capacité de production d'unités d'œuvre par fonction prestataire doit permettre d'objectiver l'existence de goulots d'étranglement.

Les échanges réalisés sur le terrain ont permis une prise de conscience des écueils du pilotage des hôpitaux (travail tourné vers l'analyse du passé, vision hospitalo-centrée…) et donc de faire émerger de nouveaux enjeux liés à la nécessaire adoption d'un langage commun entre médecins et gestionnaires. Le modèle initialement proposé apparaît donc comme un objet simple qui s'applique à l'échelle d'un hôpital. Pour autant, dans le contexte d'innovations organisationnelles qui caractérise l'hôpital, il ne permet pas d'appréhender un certain nombre de questions posées par le décideur hospitalier et analysées par le contrôleur de gestion.

Ces questions nouvelles semblent aller dans le sens d'une ouverture de l'hôpital avec son environnement (intégration de l'hôpital au sein du territoire de santé, évaluation de nouvelles formes de prises en charges au sein d'une dialectique nouvelle médecine hospitalière / médecine de ville…). Cette ouverture correspondant à la définition d'un niveau d'organisation des soins nouveaux qu'est le territoire de santé, initialement introduit dans le cadre du plan Hôpital 2007 en remplacement de la carte sanitaire. C'est dans ce contexte que nous positionnons notre réflexion autour de l'évolution du niveau de l'organisation des soins de

l'hôpital vers le territoire. Il semblerait donc qu'il existe d'autres façons de mesurer la performance à l'hôpital qui conforte l'idée d'une autre façon de voir le contrôle de gestion à l'hôpital et pose la question de l'instrumentation adaptée.

Nous reviendrons sur les différences de postures entre le consultant et le chercheur, nous pouvons toutefois spécifier dès à présent l'une de ces divergences qui rend la démarche de R&D telle qu'elle est menée au CNEH atypique. L'activité d'un cabinet de conseil est synthétisée au travers des missions de conseil qu'il réalise en réponse à des appels d'offre ; il est donc difficile de dévier par rapport à l'ordre de mission. La démarche entreprise est ici renversée, il s'agit pas de répondre à posteriori à une problématique clairement identifiée mais d'anticiper les besoins des établissements et obtenir ainsi un avantage concurrentiel. Ceci étant les attentes des clients ont elles aussi évolué faisant évoluer les missions du métier de consultant ; il ne s'agit plus seulement de mettre à disposition une « boite à outils » prête à être utilisée, mais de résoudre des problèmes d'organisation faisant une large place à la conduite du changement. Autrement dit, nous introduisons ici l'idée selon laquelle ce type d'intervention contribue à la production d'innovation dans l'organisation et constitue un *« modèle d'innovation coproduite »* (Gallouj, 1999).

C'est en ce sens que le contrôle de gestion nous semble pouvoir être qualifié de processus de conception innovante à l'hôpital, processus que nous étudions au regard de la littérature mais aussi de nouveaux terrains qui ne répondent pas directement aux missions visées par le cabinet de conseil qui nous accueille mais nous semblent nécessaire à la compréhension de ce nouveau concept en construction.

La problématique de recherche

Une démarche méthodologique rigoureuse devrait se traduire par une problématique de départ précise se traduisant par la formulation de choix méthodologiques et l'exploration de terrains d'intervention cohérents avec cette problématique. Pour autant, une telle approche, séduisante en termes scientifique, ne saurait être applicable lorsqu'on raisonne sur un matériau vivant dont les sciences de gestion ne peuvent s'abstraire.

Même si nous avions une idée de la thématique à traiter, associée à la certitude que le contrôle de gestion à l'hôpital est une fonction mal connue et peu reconnue, la méthodologie

et la problématique associée se sont construites au fur et à mesure de l'avancée des recherches mais aussi des opportunités de terrain qui se sont offertes.

Le point de départ repose sur les nombreux travaux du CGS autour d'une problématique générale mettant l'accent sur le rôle des instruments et dispositifs de gestion (tableaux de bord, comptabilité analytique, modèles d'aide à la décision, structures organisationnelles…) dans la dynamique des relations entre acteurs. L'analyse pertinente des outils de gestion amène dès lors à considérer deux évolutions indissociables, celle des savoirs et celle des relations entre acteurs permettant l'apparition de nouveaux outils et de nouvelles utilisations. La prise en compte des facteurs organisationnels insère l'ensemble de cette réflexion dans une perspective plus large qui est celle de la « rationalisation » collective. Cette approche a notamment été mise en œuvre pour analyser et accompagner les évolutions du système de santé, des systèmes de production et de logistique, de l'action publique... De nouvelles formes de modélisation ont par ailleurs été mises au point par le CGS ces dernières années avec la formalisation du raisonnement de conception par la théorie (C-K), qui a permis de renouveler les formes d'organisation de la recherche innovante.

Parmi ses axes de recherche, figure donc l'étude des nouveaux modes d'action publique autour de la modernisation nécessaire du management public ; la compréhension des évolutions récentes du fonctionnement de l'hôpital s'inscrit de façon pertinente dans cette réflexion. A partir d'un constat relatant la difficile appropriation des outils de gestion dans cette organisation, le champ d'analyse a été élargi afin d'étudier les conditions d'une régulation médico-économique et ses effets sur le management hospitalier. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre projet de recherche. Le fil directeur de notre réflexion repose sur l'articulation entre la théorie et la doctrine d'une part, essentiellement issue de la sphère privée et industrielle, et la pratique d'autre part sur le terrain et dans le cas particulier qui nous intéresse, celui de l'hôpital.

La démarche de contrôle de gestion ne semble toujours pas ancrée dans la culture hospitalière ; le vocabulaire employé traduit d'ailleurs cet élément puisque l'obligation se résume à la tenue d'une comptabilité analytique hospitalière en vue d'une vérification par la tutelle. Le passage de la vérification à la maîtrise en lien avec le pilotage suppose donc de redonner une dimension interne au contrôle de gestion mais ne pourra se faire sans une adhésion de tous les acteurs hospitaliers enfermés jusqu'ici dans une logique de clan (Ouchi, 1979).

Ce faisant, le contrôle de gestion a recours à l'instrumentation, c'est-à-dire une combinaison d'outils. Les outils les plus classiques sont les méthodes de calcul de coûts permises par la comptabilité analytique, les budgets et le reporting puis les centres de responsabilité permettant la délégation de gestion et la contractualisation interne. Or ces premiers outils font l'objet d'un certain nombre de remises en cause qui plaident en faveur de nouveaux outils privilégiant un décloisonnement de la structure et la prise en compte d'indicateurs autres que financiers. Le rôle du contrôle de gestion s'est alors réaffirmé avec l'évolution sensible de la doctrine dans les années 1980, passant d'un contrôle budgétaire, axé sur l'allocation des ressources à un contrôle de gestion stratégique s'attachant à la validation des orientations stratégiques, autrement dit d'une logique de contrôle à celle de pilotage de la performance.

A travers ces premiers éléments de définition, nous souhaitons dépasser la vision restrictive mais largement répandue qui réduit le contrôle de gestion à une « boite à outils » ; or plus qu'un ensemble d'outils et de méthodes, le contrôle de gestion est avant tout un système de régulation des comportements dans une organisation.

Les travaux de Lorino (2002) consacrés au statut de l'outil résument bien les deux fonctions que peut remplir l'outil de gestion

- La première confère à l'outil une fonction de représentation en vue de répliquer la réalité et de la simuler ;
- La seconde considère l'outil de manière plus pragmatique, comme moyen d'action et d'intervention dans les organisations (Moisdon, 1997), au cœur du processus d'apprentissage (Hatchuel, Molet, 1986).

Ces travaux s'intègrent dans la lignée des réflexions dites de l'action organisée qui lie la construction de l'instrumentation avec celle de l'organisation ; élaborer c'est donc avant tout intervenir dans l'organisation.

Or la prise en compte des dynamiques organisationnelles amène tout naturellement à s'intéresser aux logiques d'acteurs et aux modes de coordination associés. Cette réflexion sur la coopération, qu'elle soit inter ou intra organisationnelle, n'est pas spécifique à l'hôpital (Stephen, Caroll et Ashford, 1995) et fait naître de nouveaux modes d'organisation centrés sur le principe de coopération entre des personnes appartenant à des métiers différents (Smith et Caroll, Demesteere, 1995). Les obstacles sont alors nombreux au premier rang desquels les conflits d'intérêt ou encore l'absence d'un langage commun. Les outils semblent avoir un rôle à jouer dans la structuration de coopérations transversales. Certains auteurs considèrent que les méthodes et outils de gestion constituent une technologie de l'organisation c'est-à-dire un

ensemble de procédés, de dispositifs à la fois symboliques et matériels qui rendent possible une action collective coordonnée et orientée vers un but.

Finalement, peu de travaux s'intéressent à la fonction de contrôle de gestion à l'hôpital, alors même qu'on assiste à une prolifération d'outils de gestion au sein de cette organisation. Comment expliquer ce paradoxe ? Sans aller jusqu'à parler de contrôle de gestion, cette problématique de la faiblesse de la comptabilité de gestion à l'hôpital est commune à l'ensemble du secteur public et suscite interrogation, expérimentation, étonnement ou encore critiques tant le sujet du calcul des coûts est sensible dans une organisation censée assurée le service public alors même que ces techniques sont parfaitement balisées dans les entreprises privées. Dit autrement, peut-on et est-il souhaitable d'analyser les coûts dans les organisations publiques (Burleau, Gibert, 2003) ?

L'organisation publique, de par la nature même de ses objectifs, vit de façon permanente le conflit entre rationalité économique et rationalité politique, la fixation des tarifs des Groupes Homogènes de séjours (GHS) sur la base des coûts des GHM en est un exemple significatif. De plus, la qualité et le volume du service rendu ne sont pas évaluables en unités monétaires ; il n'existe donc pas de fonction de production permettant de relier niveau de dépenses et niveau de satisfaction du « client » en l'occurrence du patient. Cette difficulté est renforcée par le fait que celui qui consomme n'est pas celui qui paie et il existe une multitude de prestations gratuites. Enfin, un dernier obstacle est lié à la rigidité de la fonction de production qui tient au fait que les facteurs de production ne sont pas substituables et la résistance au changement est réelle. Au final, il semblerait que le recours à la comptabilité de gestion dans les organisations publiques s'explique moins par des objectifs techniques que par des fonctions organisationnelles.

Or, appliqué au cas de l'hôpital, le but est clairement identifié ; il s'agit de permettre la fourniture de soins de qualité. A cet égard, le rôle de la coordination est clairement reconnu et constitue une illustration de la nécessaire prise en compte des dynamiques organisationnelles et des logiques d'acteurs dans la démarche gestionnaire. L'ensemble de ces réflexions nous amène à dépasser la seule vision de démarches gestionnaires nécessairement issues du secteur privé, idée que nous ne souhaitons pas accréditer ; la gestion n'a pas attendu le « privé » pour mettre en place des approches, méthodes et outils du management.

La comptabilité analytique existe dans les établissements de santé depuis 1953 en théorie mais c'est l'intérêt à utiliser qui est faible en pratique. En effet, l'émergence de la comptabilité analytique a été rendue possible par la construction d'un dispositif d'information particulier mis en place dans les années 1980, le Programme de Médicalisation des Système d'Information (PMSI), lequel va contribuer largement à l'amélioration de la connaissance du produit hospitalier sur lequel va porter le contrôle de gestion hospitalier. Les travaux du professeur Fetter (1986) fournissent en effet une réponse originale pour décrire l'activité hospitalière par la construction de Diagnosis Related Groups (DRG) et en assimilant ainsi le produit hospitalier au traitement d'une pathologie ; l'adaptation française a conduit à la formation de Groupes Homogènes de Malades (GHM), cette homogénéité s'expliquant tant du point de vue de la consommation de ressources que de la signification médicale. La mise en place de tarifs pour chaque GHM permet dès lors une confrontation entre recettes et coûts et offre des possibilités de gestion interne pour les établissements arbitrant entre différentes pathologies.

Depuis 2004, les hôpitaux français sont financés sur la base d'une Tarification à l'Activité (T2A) définie comme étant un paiement forfaitaire pour la prise en charge d'un patient. Le forfait dépend de la pathologie traitée laquelle est caractérisée par une nomenclature définissant ces Groupes Homogènes de Malades. Il s'agit donc d'un contrat « à prix fixe », indépendant de la gravité du cas traité au sein d'un même GHM. L'intérêt de ce type de tarification réside dans l'incitation implicite qu'il confère aux établissements de à fonctionner de manière efficace ; le paiement ne dépendant plus des moyens mobilisés par les professionnels de santé, ils se trouvent incités à minimiser leur coûts afin de s'approprier l'éventuel surplus découlant d'un séjour moins coûteux que le forfait. On comprend donc bien l'engouement suscité par cette réforme pour calculer des coûts par séjour. Peut-on pour autant qualifier cette démarche de contrôle de gestion ?

Si nous dénonçons une certaine « culture du chiffre » déraisonnée, exacerbée par la mise en place de la T2A, nous reconnaissons à la T2A son rôle structurant dans la connaissance du produit hospitalier, pour autant l'impact sur les organisations, bien que préconisé par les chercheurs nous semble encore minime et le manque de pertinence de la boucle stratégie-contrôle traduit un écart apparent entre doctrine et pratique à l'hôpital. Avant de traiter cette problématique du manque d'impact du contrôle de gestion sur l'organisation, précisions donc que nous souhaitons sortir de la seule logique de la T2A comme facteur légitimant une démarche de contrôle de gestion. Au contraire, c'est le manque d'impact de la T2A sur les

modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé qui doit nous amener à repenser le rôle du contrôle de gestion à l'hôpital sans pour autant négliger la question de l'appropriation des outils par les acteurs terrains. L'enjeu est donc d'expliquer pourquoi la question de recherche est importante et pourquoi aucune théorie n'offre de réponse plausible. Or, la littérature a jusqu'ici ignoré le sujet de critique qu'est l'hôpital.

Pour pallier cet écueil, nous choisissons d'élargir l'objet étudié et dépasser le niveau de l'hôpital pour aborder la question de manière plus systémique. La santé pourrait être définie, en première intention, comme « l'absence de maladie ». Or, cette définition nous semble réductrice comme élément déclenchant d'une prise en charge qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire. Le processus de prise en charge sanitaire peut alors être décrit à partir d'une définition plus large, celle de la perte d'autonomie d'un individu. Nous citons ici les travaux de Jean-Pierre Escaffre qui trace le schéma suivant pour présenter le processus de la prise en charge sanitaire :

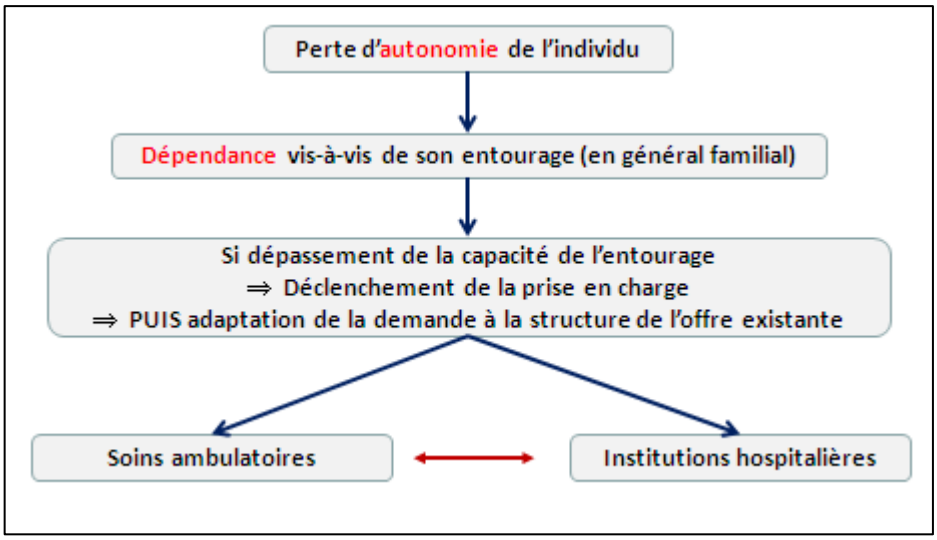


Figure 1 : Définition du processus de prise en charge sanitaire
Source : Escaffre J.P., 2008, « Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers », Economica

Ainsi, en nous interrogeant sur le statut du contrôle de gestion en tant que concept en construction et en opposition avec ce qu'il est aujourd'hui, à savoir un dispositif d'allocation des ressources sous contrainte budgétaire, il est apparu nécessaire d'élargir notre vision de l'organisation que nous étudions et des outils qui l'accompagnent afin de dépasser la seule explication du passé dans le cadre d'une vision trop hospitalo-centrée. Ainsi de nouvelles questions se posent et semblent aller dans le sens d'une ouverture de l'hôpital avec son environnement (intégration de l'hôpital au sein du territoire de santé, coopérations entre

établissements, nouvelles formes de prises en charge au sein d'une dialectique nouvelle entre médecine de ville et hôpital le tout allant dans le sens d'un pilotage à l'échelle de la région).

Il nous faut ainsi définir le périmètre du champ de recherche que nous retenons. Nous reviendrons sur les typologies d'établissement de santé lorsque nous aborderons la question de la performance hospitalière qui diffère selon le statut de l'établissement. Pour autant nous situons notre réflexion dans le champ des Etablissements publics de santé en incluant des structures privées à travers les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), anciennement connus sous l'appellation d'établissements Participants au Service Public Hospitalier (PSPH) ; des références aux cliniques privées qui n'assurent pas le service public ne sont pas exclues dans une optique de comparaison mais nous ne les incluons pas dans le périmètre de l'hypothèse traitée, les réponses apportées pouvant différer d'un type d'établissement à l'autre du fait d'objectifs et de contraintes divergents.

Nous construisons ainsi notre analyse du contrôle de gestion en tant que processus de conception à partir de l'hypothèse suivante :

H1 : La mise en œuvre du contrôle de gestion médicalisé s'apparente à une démarche de co-conception qui lie la construction de l'instrumentation avec celle du niveau de l'organisation.

Nous déclinerons cette hypothèse sous deux axes :

H2 : Le contrôle de gestion ne s'aurait s'abstraire d'une analyse des processus tant interne qu'externe.

H3 : De nouvelles pratiques de gestion doivent être instaurées à l'échelle territoriale dont l'hôpital seul ne peut se saisir.

Méthodologie de recherche et terrains d'intervention

Notre projet étant réalisé dans le cadre d'une convention CIFRE, l'accès au terrain a été facilité et s'est traduit par des investigations dans le cadre des missions de conseil réalisées au CNEH ou de démarches individuelles qui fournissent un matériau riche.

Bouinot (2005) dresse un tableau comparatif des métiers de consultant et de chercheur et retient deux points principaux :

- La nature du mandat, qualifié de « mandat clair » par Gin (1995) pour le consultant, il résulte d'un cahier des charges précis, à l'inverse du « mandat confus » du chercheur qui traite un problème complexe, long, susceptible d'être reformulé au bout d'un certain temps d'observation et d'analyse ;
- L'objectif de l'intervention, qui, dans le cadre de la mise en place d'un outil nouveau, sera poussé par le chercheur jusqu'à l'observation des conséquences dans l'organisation de cet outil afin de contribuer davantage à la connaissance.

Dit autrement, notre position de chercheur nous amène à observer les dispositifs concrets sans se restreindre aux seuls discours. Le « terrain » n'est alors pas qu'un simple espace d'observation mais un espace de « co-conception » de l'action collective pour reprendre les termes de David (2002) qui place le chercheur en tant qu'acteur et partie prenante.

La démarche scientifique qui en résulte est de type abductif tel que défini par Peirce qui distingue une troisième forme de raisonnement différente de l'induction et la déduction en vue de mieux analyser et comprendre des phénomènes surprenant. Une telle méthode considère alors le mode de recherche et d'obtention de connaissances nouvelles comme un processus de conception. Ainsi, le recours à plusieurs études de cas se révèle pertinent pour formuler une hypothèse générale sans assurance qu'elle réussisse (phase d'abduction) puis établir des généralisations de conception (phase inductive) et in-fine tirer des conséquences et construire des relations actualisées (phase déductive). Dans cette perspective l'abduction produit des idées et des concepts à expliquer, l'induction participe à la construction de l'hypothèse abductive en lui donnant de la consistance et la déduction à partir de cette construction formule une explication prédictive.

Appliqué au cas hospitalier, nous partons du constat selon lequel le contrôle de gestion médicalisé est un concept non défini ce qui nous amène à formuler des hypothèses,

hypothèses que nous avons détaillées auparavant. La première étape de notre raisonnement consiste à identifier l'ensemble des contraintes qui remettent en cause l'existence et la pertinence d'un tel contrôle de gestion. Le relâchement de ces contraintes permet alors de caractériser des situations innovantes dans le domaine du contrôle de gestion à l'hôpital tant du point de vue de l'organisation que de l'instrumentation de gestion qui l'accompagne. La dernière étape suppose alors de mener un travail de reconception en précisant le mode d'organisation associé à chacune de ces situations.

L'ensemble de cette démarche nécessite donc le recours à plusieurs études de cas ou, dans une version plus engagée, et lorsque les conditions de réalisation le permettaient des recherche-interventions pour traiter des pratiques contemporaines de contrôle de gestion, dans le cadre d'un processus itératif de long terme nécessaire pour l'étude d'outils de gestion qui font l'objet d'adaptations permanentes.

Nous recourons, en effet à l'étude de cas comme moyen d'étude de constructions en développement qui permet ainsi de mettre l'accent sur le contexte dans lequel le phénomène s'inscrit (Eisenhardt et Graebner, 2007). De plus, la qualification de l'objet de recherche en tant que processus de conception innovante ainsi que la complexité des phénomènes étudiés rend nécessaire la mise en œuvre de quatre principes fondamentaux caractéristiques des méthodologies de type recherche-intervention David et al., 2000) :

- Une double complétude, caractérisée par une première approche systémique visant une compréhension globale et en profondeur puis une prise en compte de l'ensemble du processus de transformation de l'objet ;
- Une interaction permanente avec le terrain pour conduire la recherche et la production de connaissances ;
- Un positionnement théorique multiple allant des faits, aux théories intermédiaires jusqu'au niveau axiomatique et paradigmatique ;
- Une double normativité entre recherche de vérité et principe démocratique intégrant l'ensemble des acteurs concernés dans les différentes étapes de la recherche et traités avec un égal respect.

Tout l'enjeu de notre recherche repose alors sur la formulation d'une explication prédictive en lien avec la réalité hospitalière. A cet effet, la première étape consiste à repérer un certain nombre d'écueils du contrôle de gestion à l'hôpital sur la base d'observations sur le terrain,

dont l'analyse peut être menée au regard de la littérature existante quel que soit le secteur d'application concerné, et ainsi identifier les champs encore inexplorés.

Sur cette base, l'enjeu réside dans l'étude de situations qui constituent des situations organisationnelles innovantes et apparaissent à ce titre comme des terrains d'expérimentation pertinents ; autrement dit, ces cas ont pour caractéristique essentielle de permettre de repérer des signaux faibles susceptibles ensuite d'être amplifiés et généralisés.

Pour répondre à notre questionnement de recherche, nous explorons trois terrains classés en fonction de deux variables : le degré d'innovation organisationnelle d'une part, caractérisé par des modes de coordination nouveaux renforcés, et l'éloignement par rapport à l'instrumentation traditionnelle du contrôle de gestion d'autre part.

Le croisement de ces deux variables, instrumentation et organisation, déjà mises en évidence au cours de notre travail d'identification des hypothèses doit ainsi nous permettre de comprendre les insuffisances propres au contrôle de gestion classique pour décrire la réalité hospitalière puis sur cette base définir trois processus types de contrôle de gestion à l'hôpital.

- Le premier terrain consiste à modéliser l'impact de décisions stratégiques d'un hôpital ; il s'agit du premier niveau de la réflexion organisationnelle, qui reste centrée sur l'hôpital. L'innovation repose sur la construction d'un outil qui simule l'impact de réorganisations internes s'appuyant sur une instrumentation de type prospectif.

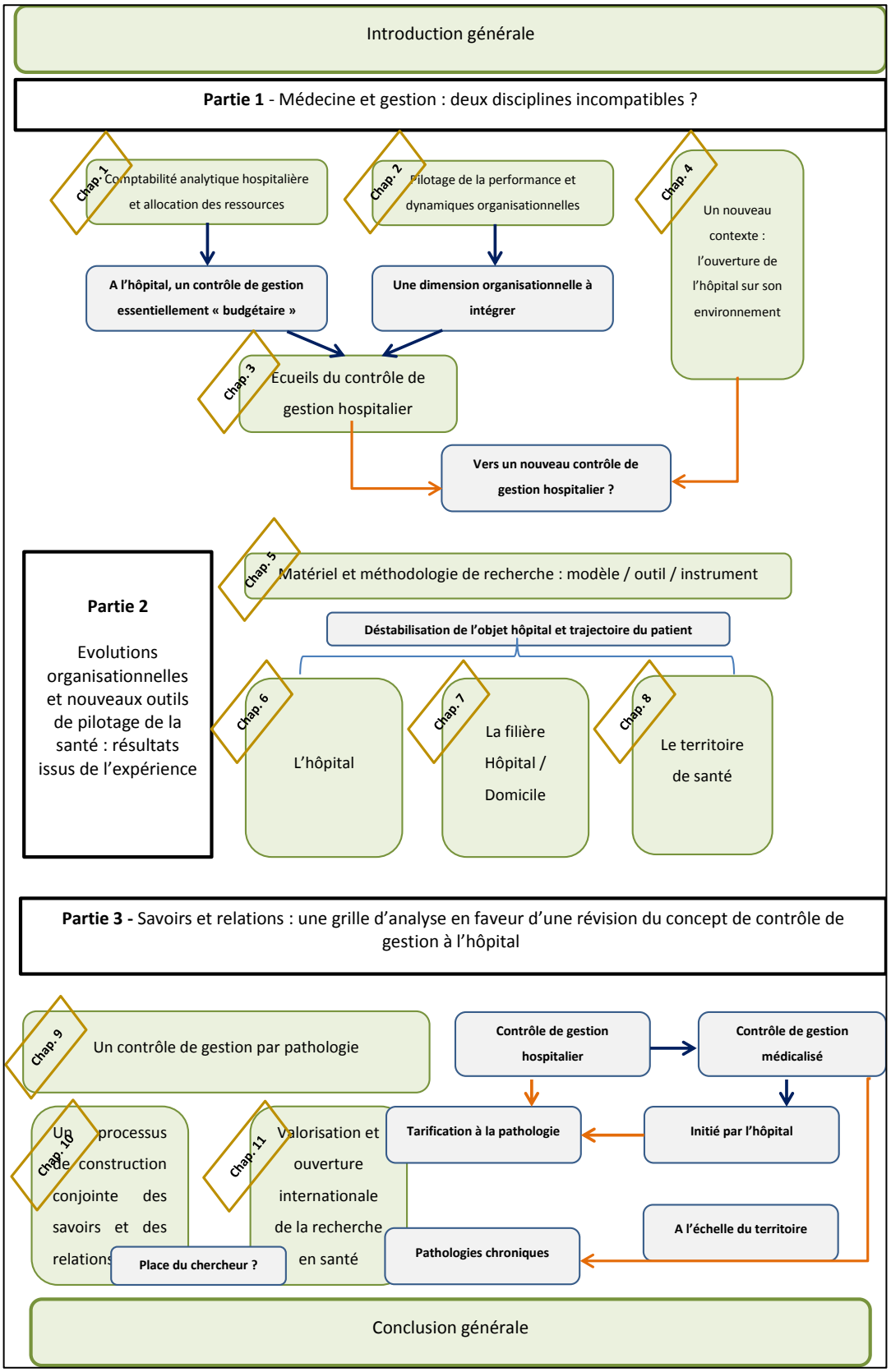
- Le deuxième terrain consiste à évaluer la mise en œuvre effective de nouveaux modes de coordination intra et extra hospitaliers dans le cadre de la prise en charge de patients atteint du cancer ; l'objet du contrôle de gestion se trouve alors modifié, la réflexion organisationnelle porte alors sur la pathologie et non plus sur l'organisation elle-même. Ceci nous amène alors à envisager un contrôle de gestion de la santé qui part de l'hôpital mais dépasse progressivement l'hôpital stricto-sensu.

- Un troisième terrain permet de poursuivre cette analyse ; elle consiste à accompagner la création d'un pôle santé sur la base du rapprochement d'un cabinet de médecins généralistes avec un centre hospitalier. Cette étude concerne directement l'instrumentation nécessaire à l'accompagnement et in fine à l'évaluation de cette réorganisation et repose sur la construction d'un tableau de bord des dépenses et recettes de l'Assurance Maladie du territoire. Elle s'inscrit donc dans la cadre d'une approche territoriale des questions de santé.

Structure de la réflexion et du document de thèse

La réflexion restituée dans ce document est fondée autour de ces trois terrains d'intervention.

Elle s'organise en trois parties dont nous proposons le synoptique suivant :



En nous appuyant sur les éléments contextuels, les attentes du cabinet de conseil et les concepts académiques, la **première partie** pose la question de la compatibilité entre deux disciplines a priori antagonistes, médecine et gestion. Nous partons de l'observation du terrain, en nous intéressant à cet objet complexe qu'est l'hôpital, son fonctionnement, son rôle, son organisation et les évolutions majeures qu'il a connu pour aborder progressivement la problématique gestionnaire qu'il rencontre. La confrontation à la littérature en gestion de manière générale, à travers l'évolution de la doctrine, tout particulièrement les modèles et outils du contrôle de gestion, nous permet de préciser un certain nombre de fondements du contrôle de gestion, sans que nous ne nous prononcions sur la question de sa transposabilité à l'organisation étudiée. Ceci suppose en effet d'observer plus finement les prémisses du contrôle de gestion à l'hôpital de la naissance de la comptabilité analytique dans les années 1950 jusqu'à la formalisation et l'identification du métier de contrôleur de gestion par l'Observatoire National des Emplois et Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH) en 2007. Cette phase nous permet ainsi de construire progressivement l'hypothèse globale, à savoir l'impossibilité d'un contrôle de gestion a-organisationnel, que nous déclinons en termes de dispositifs de gestion innovants à observer à travers l'étude des processus qui passe par un audit organisationnel en amont, une coordination pour le pilotage au fil de l'eau, et une contractualisation en aval.

La **deuxième partie** précise la méthodologie de recherche employée, qui implique de déstabiliser le concept étudié dans un contexte d'ouverture de l'hôpital sur son environnement contribuant à en rendre les frontières plus floues. L'analyse est alors menée autour de trois terrains sur le modèle de la recherche-intervention. Ces trois terrains sont classés en fonction de deux variables : le degré d'innovation organisationnelle d'une part, caractérisé par des modes de coordination nouveaux renforcés, et l'éloignement par rapport à l'instrumentation traditionnelle du contrôle de gestion d'autre part. Ils nous permettent de traiter chacune des hypothèses envisagées pour rétablir un lien entre gestion et organisation et étudier les dynamiques et logiques d'acteurs interférant avec les outils du contrôle de gestion.

La **troisième partie** propose les bases d'un modèle nouveau et complet de l'hôpital et les conditions de sa réalisation. L'étude des trois cas permet l'obtention d'une certaine exhaustivité dans la manière d'appréhender les modes d'organisation sans pour autant fournir une réponse universelle en termes d'outils tant l'appropriation par les acteurs conditionne ce processus. Nous dressons ainsi les caractéristiques de trois types du contrôle de gestion. A

chacun d'entre eux est associé un type d'organisation et donc un ensemble de variables de conception à articuler. Partant du contrôle de gestion et des travaux sur l'instrumentation, cette partie vise ainsi à explorer de nouveaux modes de contrôle de gestion à partir d'une grille d'analyse mêlant théorie de la conception et distance entre savoirs et relations. Nous en déduisons ainsi plusieurs finalités du contrôle de gestion au-delà du simple calcul de coûts tels que l'optimisation des recettes, la négociation, la coordination, la réorganisation, qui passe par l'émergence de nouveaux acteurs, la définition de nouveaux métiers, et une forme nouvelle de gestion déconcentrée. Autrement dit, nous proposons un nouveau *dominant design* propre au secteur de la santé tant du point de vue concret des professionnels de santé que de la littérature en management plus spécifiquement autour des questions de gestion de la santé et de la valorisation de ce mouvement de recherche dans un contexte international.

PARTIE 1

Médecine et gestion : deux disciplines incompatibles ?

Chapitre 1 - Les outils issus de la comptabilité analytique hospitalière et la question de l'allocation des ressources à l'hôpital

Chapitre 2 - Modèles et instruments du contrôle de gestion : du pilotage de la performance à l'action collective

Chapitre 3 – Diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital : écueils, alternatives et enjeux

Chapitre 4 - Structure et fonctionnement de l'hôpital : l'ouverture de l'hôpital comme facteur de rationalisation des organisations de santé ?

La crise de l'hôpital, qui fait régulièrement la « une » de l'actualité, semble être a priori une crise budgétaire. La France consacre plus de 10 % de son Produit Intérieur Brut (PIB) à la santé, dont la moitié correspond aux frais hospitaliers, contre 6 % il y a trente ans. Bon nombre de médecins affirment qu'il suffirait de partir des besoins de la population pour adapter l'offre de soins par territoire et financer cette offre à partir des deniers publics. Toutefois, une telle affirmation, bien que conforme à la notion de service public hospitalier, ne saurait être acceptable.

La notion de gestion fait peur et / ou déplait de prime abord aux hospitaliers qui y voient une connotation très commerciale, lucrative et agressive. Or, les réformes hospitalières ont principalement visé les instruments de gestion en recherchant un équilibre entre adaptation de l'offre aux besoins et maîtrise des dépenses de santé. En France, la réforme des modalités de financement des établissements de soins, fondée sur la Tarification A l'Activité (T2A), s'inscrit dans cette perspective et répond à deux objectifs : une répartition plus équitable des ressources entre établissements et une incitation à des efforts de gestion.

La mise en œuvre d'une démarche de contrôle de gestion au sein de cette organisation qu'est l'hôpital peut sembler, en première approche, inappropriée voire dérangeante. Le contrôle de gestion est considéré comme légitime dans une entreprise poursuivant un objectif de profit et plus largement de développement à long terme. Or l'hôpital est avant tout défini par ses missions ; selon le Code de la Santé Publique, « le service public hospitalier a obligation d'assurer ou de concourir à la prévention, l'enseignement universitaire, la recherche, la qualité des soins et la sécurité ». Il n'est donc jamais fait référence à un objectif de profit via un développement de l'activité par exemple. Or, la T2A en introduisant expressément cette notion d'activité offre la possibilité de maîtriser ses ressources sur la base d'un contrôle de gestion efficace. On comprend dès lors les craintes formulées par le corps médical, dénonçant la naissance de « l'hôpital-entreprise » arguant que l'hôpital ne saurait être géré comme une entreprise.

La première partie vise donc à préciser les termes de ce débat et pose la question de la compatibilité entre deux disciplines a priori antagonistes que sont la médecine et la gestion. Notre réflexion s'articule autour d'une analyse à la fois positive et normative et vise à introduire progressivement les dynamiques organisationnelles à l'hôpital. En termes méthodologiques, il s'agit donc d'esquisser les hypothèses à analyser par la suite sur la base d'observations de terrain et au regard de la littérature. Si l'objet de notre recherche est bien le

contrôle de gestion médicalisé, il nous a semblé pertinent d'étudier plus précisément l'objet hôpital avant de parler de gestion et plus précisément de contrôle de gestion médicalisé.

Le **chapitre 1** aborde la question des outils de pilotage et la gestion des ressources à l'hôpital. Outre les outils ayant permis une description plus fine de l'activité et du produit hospitalier à l'image du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), l'un des faits marquants est l'introduction de la comptabilité analytique en vue de l'étude des coûts. Dans le contexte plus général de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), votée en Août 2001, nous discutons les références aux notions de performance, d'efficacité et d'efficience dans le cas hospitalier, lesquelles contribuent à la montée en puissance d'outils de gestion favorisant la rationalisation budgétaire, parfois issus de la sphère industrielle et privée. Pour autant, de tels outils ne semblent pas suffisants pour impacter les logiques d'acteurs et contribuer ainsi à la rationalisation des organisations de santé. Le détour par les modèles et instruments du contrôle de gestion classique permet alors d'introduire la question de la prise en compte de l'organisation.

Le **chapitre 2** explore plus précisément les modèles et instruments du contrôle de gestion classique et leur évolution. En effet, les hypothèses formulées par les auteurs ont permis de dépasser progressivement la seule logique de calcul des coûts au profit d'un véritable pilotage de la performance en lien avec la stratégie et l'organisation. Malgré l'essor des techniques de comptabilité analytique, la seule connaissance des coûts n'apparaît donc plus suffisante, la maîtrise des coûts suppose dès lors de lier ces coûts à la stratégie définie. Le contrôle de gestion s'appuie donc de plus en plus sur la constitution de tableaux de bord c'est à dire d'instruments de gestion synthétiques de court terme, à la fois rétrospectifs et prospectifs et qui recensent des indicateurs hiérarchisés relatifs à l'atteinte d'objectifs. Nous considérons ainsi le contrôle de gestion au sens du pilotage de la performance en lien avec la stratégie ce qui implique de retenir une approche pluridimensionnelle du contrôle de gestion, non restreinte à la seule dimension financière.

Le **chapitre 3** confronte alors ces concepts et hypothèses au cas de l'hôpital allant dans le sens d'une approche systémique de l'hôpital. Nous discutons ainsi de la pertinence de tels outils dans le cas de l'hôpital, la gestion n'ayant pas attendu le « privé » pour mettre en place ses approches, méthodes et outils du management. Les transpositions ou adaptations sont allées largement dans les deux sens et nous amènent ainsi à mieux positionner le contrôle de gestion en termes d'outils, de finalités mais aussi d'acteurs au sein de l'hôpital pour en saisir son

apport et ses limites. Dès lors, appliquée au secteur de la santé, la prise en compte des dimensions stratégiques et organisationnelles suppose de s'intéresser au mouvement de réformes connus par l'hôpital en tant qu'acteur pivot du système de santé.

Le **chapitre 4** s'intéresse à la structure et au fonctionnement de l'organisation hôpital en interne sans pour autant négliger les évolutions récentes allant dans le sens d'une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. En termes organisationnels, de nombreuses réformes sont à l'origine d'une déstabilisation de l'identité de l'objet hôpital. Qu'il s'agisse, de la définition de nouvelles formes de gouvernance entre médecins et gestionnaires, du projet d'établissement, de la Nouvelle Gouvernance et son corollaire la contractualisation interne par pôle, des nouvelles formes de coopérations inter-établissements sous la forme de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et plus récemment de la loi HPST, nous mettons en évidence les limites d'une vision trop hospitalo-centrée et le mouvement d'ouverture qui s'en suite privilégiant les coopérations avec d'autres établissements et les nécessaires liens entre professions. Il s'agit donc de dépasser la vision de l'hôpital « quatre murs » et comprendre les mécanismes mis en jeu et supposés établir un lien avec la médecine de ville

Au final cette première partie doit nous permettre de mettre en évidence un double mouvement

- D'une part, celui d'une déstabilisation de l'objet hôpital ;
- D'autre part, celui d'une complexification de l'instrumentation de gestion appliquée aux organisations de santé.

Dans ce contexte nous posons la question de la légitimité d'un contrôle de gestion hospitalier et posons l'hypothèse de la nécessaire prise en compte du niveau de l'organisation dans le cadre d'un processus de conception du contrôle de gestion médicalisé afin d'accompagner le pilotage de la santé au niveau du territoire.

Elle débouche sur l'hypothèse d'une nécessaire réflexion autour du contrôle de gestion non pas spécifiquement hospitalier mais médicalisé si on prend en prend en compte l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. L'étude de la trajectoire du patient et l'identification du ou des types de processus de soins qui en découlent s'avère alors être une grille d'analyse pertinente en faveur d'un contrôle de gestion médicalisé et partagé favorisant l'émergence de nouveaux

acteurs, posant la question de la coopération et mettant ainsi en évidence l'impact des outils sur l'organisation.

Chapitre 1. Les outils issus de Comptabilité Analytique Hospitalière et la question de l'allocation des ressources

1.1 La formation des coûts et la naissance de la CAH..... 43

1.1.1 Evolution historique : deux modes de tarification distincts qui légitiment deux visions de la CAH 43

1.1.1.1 La tarification au prix de journée sur la base du calcul du prix de revient de la journée 44

1.1.1.2 La création de la dotation globale et l'encadrement des dépenses hospitalières..... 46

1.1.2 Méthodes de calcul des coûts à l'hôpital 48

1.1.2.1 La méthode des sections homogènes (ou coûts complets)..... 49

1.1.2.2 La Méthode ABC (Activity Based Costing)..... 49

1.1.2.3 La méthode dite des coûts variables..... 50

1.2 La connaissance de l'activité hospitalière : un défi à relever pour une meilleure allocation des ressources..... 51

1.2.1 Le PMSI et sa finalité : entre description de l'activité médicale et élément clé du mode de financement 52

1.2.1.1 Le PMSI comme élément de description plus fin de l'activité médicale à l'hôpital 53

1.2.1.2 Apports du PMSI à la Comptabilité Analytique Hospitalière 55

1.2.1.3 Le PMSI comme élément clé de la tarification..... 59

1.2.2 L'ICR comme indicateur de mesure de certaines activités médico-technique.... 60

1.2.2.1 L'ICR, un indicateur mixte 60

1.2.2.2 La base d'Angers comme support à l'analyse des activités transversales médico-techniques et autres 62

1.2.3 L'activité soignante 63

1.2.3.1 Contexte et justification d'un indicateur de mesure de l'activité du personnel soignant..... 63

1.2.3.2 Les outils de mesure de l'activité des personnels soignants 64

1.3 Le pilotage par les recettes : l'ère de la T2A et les nouveaux enjeux de la CAH 66

1.3.1 Tarification à l'activité : principes et finalités 66

1.3.1.1 La réforme de la T2A : le rétablissement d'un lien entre activité et volume du financement 66

1.3.1.2 La fixation des tarifs : entre mécanismes incitatifs et contestations..... 68

1.3.1.3 Des enveloppes qui poussent aussi à la performance 70

1.3.2 Une CAH généralisée qui génère de nouveaux outils au service du pilotage médico-économique 72

1.3.2.1 Les outils rétrospectifs : l'élaboration d'un diagnostic 72

1.3.2.2 Un outil prospectif : l'EPRD et le suivi au fil de l'eau 74

Conclusion du chapitre 1 75

Traditionnellement, le contrôle de gestion, né au début du XXème siècle dans les grandes entreprises nord-américaines dans le cadre d'une organisation du travail dite « taylorienne » est assimilé à une problématique relevant exclusivement des entreprises issues de la sphère industrielle.

Or, cette démarche, initiée dans le secteur privé touche progressivement l'ensemble des organisations publiques qui connaissent depuis quelques années des évolutions profondes : introduction de démarches gestionnaires, évaluation de l'activité, contractualisation des objectifs… Pour autant, il nous semble réducteur et peu pertinent de restreindre l'introduction de démarches gestionnaires dans le public à la seule transposition, ou adaptation de telles pratiques à ces organisations. Cette régulière référence au privé quant aux réformes dans le public en diminuent souvent la pertinence et la légitimité.

Le secteur hospitalier nous semble, à ce titre riche d'enseignements. En effet, les prémices de la « comptabilité analytique », outil support au contrôle de gestion, dans les hôpitaux français remontent aux années 1850 lorsque ces derniers se sont intéressés à la formation de leurs coûts. L'objectif était, déjà, de calculer un prix de journée opposable aux divers organismes d'assurance. On observe ainsi que la comptabilité analytique se positionne en lien avec des questions de tarification, souvent à l'origine d'un manque d'application en interne, en l'absence de préoccupations gestionnaires.

De manière simplifiée, nous définissons dans ce premier chapitre le contrôle de gestion comme étant une forme d'autocontrôle de l'organisation portant sur ses performances. Nous nous proposons donc de fournir une analyse positive des démarches gestionnaires telles qu'elles se sont mises en œuvre au sein des organisations de santé sans défini de manière stricte « contrôle de gestion » à proprement parler. Ainsi, s'agissant d'un contrôle interne, nous n'abordons pas la question de la régularité des opérations ou de leur enregistrement, contrairement à ce qui se passe lorsque le contrôle est externe, si ce n'est comme point de comparaison pour rendre compte de l'évolution des outils de gestion et de leur finalité. A cet effet, l'étude du contexte, à travers les nombreuses réformes qu'a connues cette institution constitue un élément d'analyse essentiel. L'exemple le plus significatif est celui des réformes successives du mode de financement des hôpitaux qui confère de nouvelles finalités aux outils de gestion.

La question que nous posons dans ce premier chapitre est celle des principes qui ont guidé l'allocation des ressources à l'hôpital. Nous verrons qu'ils ne se limitent pas à la seule connaissance des coûts et que de nombreuses tentatives ont été mises en œuvre pour trouver des leviers d'action.

Au final, nous présentons les outils de gestion tels qu'ils existent aujourd'hui dans les hôpitaux sans pour autant rester dans une démarche uniquement descriptive. Au terme de ce chapitre, l'objectif est de mettre en évidence les savoirs nouveaux qui émergent et identifier les acteurs qui les détiennent. La question qui se pose est ainsi de savoir si ces savoirs nouveaux issus des outils de gestion et rendus possibles par l'amélioration de la connaissance du produit hospitalier n'ont pas renforcé la dichotomie existante entre médecine et gestion. Cette question est importante dans notre réflexion quant à la légitimité d'un contrôle de gestion hospitalier avant même d'en proposer des formes nouvelles, qui, à n'en pas douter, reposeront pour partie sur ces savoirs nouveaux que sont les données médico-économiques issues des outils de la comptabilité analytique hospitalière. Les relations conflictuelles qui pourraient en résulter entre corps médical et soignant et gestionnaires doivent donc également être mises en évidence, étant entendu que les blocages sont susceptibles d'aller dans les deux sens : si les premiers se montrent souvent réticents aux démarches gestionnaires, les seconds montrent quant à eux un manque d'investissement dans la connaissance des pratiques médicales et l'organisation des soins.

La Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) apparaît comme un point essentiel de cette dialectique. Elle constitue une base de savoirs réelle et semble ainsi offrir de nouvelles possibilités de distribution des rôles au sein de l'hôpital. Le point de départ de notre démonstration est centré sur la notion de coûts, devenue centrale dans le contexte de contrainte budgétaire qui s'est instauré depuis trois décennies (1.1). Mais, progressivement, la « médicalisation » des dépenses est devenue inéluctable tant la gestion par les coûts a fait l'objet de contestations par le corps médical et soignant soucieux de voire prise en compte la complexité du produit hospitalier qui repose sur la particularité de son activité, la prise en charge de patients (1.2). Pour autant, plusieurs acteurs sont susceptibles de s'approprier ces données qui s'enrichissent au fur et à mesure que les outils se développent combinant une description de l'activité hospitalière plus précise et une connaissance des coûts plus fine. La tutelle, en utilisant ces données comme source du financement des établissements de santé, introduit un changement radical de paradigme, où le pilotage ne repose plus uniquement sur

les coûts mais sur les recettes générées par l'activité sensées autoriser les dépenses et auto entretient ainsi la prolifération d'outils de gestion dans les hôpitaux (1.3).

1.1 La formation des coûts et la naissance de la CAH

Avant d'entrer dans les spécificités d'une comptabilité analytique dite « hospitalière », il convient de bien en comprendre la définition et de ne pas la confondre avec la comptabilité générale.

La comptabilité générale permet de classer les charges et les produits par nature (charge de personnel, de fourniture, d'amortissement…), répartis dans la balance comptable. A l'inverse la comptabilité analytique présente les charges et produits par destination et doit permettre de répondre à des questions du type « Quelle activité consomme telle ressource ?, « Quelle activité génère cette recette ? Le concept central est celui de coût, défini comme étant un calcul par lequel on regroupe des charges selon un critère jugé pertinent ; plusieurs modes de regroupement peuvent donc être opérés, par produit, par activité par centre (Burlaud et Simon, 2003).

La Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) n'échappe pas à cette règle qu'il s'agisse du choix du mode de regroupement et des choix méthodologies d'affectation des charges. Nous retraçons ainsi l'évolution de la Comptabilité Analytique hospitalière à travers la finalité qui lui est donnée en lien avec les réformes de financement des hôpitaux et les méthodes de calcul des coûts.

1.1.1 Evolution historique : deux modes de tarification distincts qui légitiment deux visions de la CAH

Dans un premier temps nous assimilons les outils de gestion à des outils de calcul des coûts. En ce sens la notion de pilotage est très réduite et repose uniquement sur la maîtrise des dépenses. En effet, la connaissance des coûts est une préoccupation majeure de la tutelle depuis la fin des années 1980 qui marque l'issue d'une période durant laquelle le financement des systèmes de santé était considéré comme inépuisable. A cette époque, la contrainte budgétaire qui pèse sur les organisations sanitaires incite alors à maintenir l'efficacité des systèmes de santé avec des moyens financiers et humains limités. Cette contrainte budgétaire déplace ainsi la problématique de la connaissance des couts sur le gestionnaire hospitalier qui

agit avec des moyens de plus en plus limités. Pour autant cette préoccupation quant à la formation des coûts est plus ancienne. Elle ne doit pas être réduite à la seule préoccupation de réduction des dépenses ; dès le milieu du XIXème siècle, la problématique de la tarification s'impose, le coût étant, déjà, utilisé comme repère pour l'affectation des ressources aux établissements. Pour bien comprendre cette évolution, elle doit donc être rattachée à deux éléments corrélés, la finalité des outils de calcul des coûts qui va de pair avec les réformes du mode de financement des établissements de santé.

1.1.1.1 La tarification au prix de journée sur la base du calcul du prix de revient de la journée

Nous reprenons ici les travaux de Claire Bouinot (2003). Dès le milieu du XIXème siècle les hôpitaux se préoccupent de la formation de leurs coûts. Cet enjeu proviendrait de la nécessité de calculer un prix de journée pour obtenir des divers organismes d'assurance le remboursement des séjours de certains malades. Plus précisément, le contexte est celui d'une raréfaction des ressources traditionnelles (dons, legs, rentes…) et d'un accroissement de l'activité. La tarification au prix de journée apparaît alors comme une facilité de financement qui se traduit par un affinement considérable des méthodes de calcul du prix de revient de la journée. Les éléments méthodologiques débattus sont alors proches de ceux relevés dans le milieu industriel de l'époque. A titre d'exemple, le constat de frais engagés pour un malade supérieur au prix de journée perçu amène à des réflexions sur l'opportunité d'intégrer certaines charges comme les dotations aux amortissements.

Ce débat autour du prix de journées est donc bien antérieur à la réforme hospitalière de 1941. Dès l'Ancien Régime, les militaires de passage qu'ils hébergeaient étaient pris en charge en échange d'une indemnité journalière devant couvrir les frais engagés. Pour autant, le taux de remboursement était bien souvent fixé arbitrairement. Vers la fin du XIXème siècle, la population des hôpitaux se diversifie sous l'influence de l'évolution sociale et des progrès techniques ; l'hôpital est ainsi tenu d'accueillir les indigents (vieillards, infirmes, malades sans ressources, orphelins…) mais aussi des malades non indigents tels que les victimes d'accidents du travail, les bénéficiaires d'un régime de prévoyance, les militaires et les victimes de guerre et d'autres malades payants. L'hôpital n'est alors plus réservé aux pauvres ; dans un contexte de crise de financement, cette diversification génère de nouveaux revenus que sont les revenus journaliers.

Ces premiers éléments historiques, indépendamment de la problématique du calcul des coûts, soulèvent déjà à l'époque la question des recettes hospitalières. Ce sont les textes de loi qui organisent la fixation de ce prix de journée pour chacune des populations accueillies à l'hôpital (modes de calcul, plafonds, modalités de révision…). Pour autant ces modes de calculs restent flous ; théoriquement un seul prix de journée est proposé et il est interdit de pratiquer des régimes tarifaires différents selon le type de malade hospitalisé, en dehors de la distinction entre patients relevant de l'hôpital et ceux relevant de l'hospice. Quoi qu'il en soit, les tarifs pratiqués sont déjà loin de couvrir les dépenses réellement engagées ; le prix de journée réel, qui correspond au prix de revient, est en effet supérieur au prix de journée conventionnel qui sert de base de remboursement aux tutelles.

L'une des explications possibles est développée par Henri Daru en 1913 qui souligne la difficulté à établir une comptabilité détaillée. L'exemple des grands établissements pose les premiers questionnements quant à la mise en place d'une comptabilité analytique, à savoir la ventilation des charges communes entre les différents services opérationnels. Prenons l'exemple des établissements éclatés en plusieurs sites. La difficulté réside dans la ventilation des frais du service général tels que la buanderie, la boulangerie, la pharmacie en fonction du prix de revient des fournitures réellement consommées par les différentes structures ; la ventilation des frais d'administration est quant à elle effectuée en fonction du nombre de journées. Autre exemple qui atteste d'un manque de cohérence méthodologique entre établissements, l'intégration au calcul des dotations aux amortissements, parfois non prise en compte par des établissements qui considèrent que les dons et legs doivent permettre de couvrir ces dépenses.

Le décompte du nombre de journées soulève également une question méthodologique qui n'est pas sans rappeler certaines préoccupations actuelles quant à une tarification tenant compte du niveau de consommation suivant le type de malade. Ainsi, certains établissements choisissent de comptabiliser les enfants soit en demi-journées, soit en journée. Plus tard, le débat s'applique à d'autres catégories de malades, et l'idée d'une consommation différente en fonction du profil du malade apparaît ; un consensus est établi autour de frais médicaux et pharmaceutiques différents selon que le malade est fiévreux, contagieux ou opéré. Il est alors revendiqué à la fin du XIXème siècle une révision des prix de journée qui distinguerait un prix de journée pour la médecine, l'autre pour la chirurgie, qui a pour conséquence un suivi individualisé des consommations pharmaceutiques.

Il faut attendre la réforme hospitalière de 1941 pour assister à une unification et à une normalisation des méthodes de calcul des prix de journée. Ainsi, avant 1983, les établissements étaient dotés d'instruments de comptabilité analytique partagés avec la tutelle. La première instruction comptable M21 applicable aux hôpitaux et hospices publics comportait déjà des développements très détaillés de la comptabilité analytique inspirés de la méthode des coûts complets. Ces indications méthodologiques permettaient de calculer des prix de journée sur la base desquelles les hôpitaux facturaient leur prestation à l'Assurance Maladie, ainsi qu'aux tiers payants et aux patients. L'outil permettant de connaître les coûts hospitaliers directs et indirects ainsi que leur imputation était la Feuille de Répartition et d'Imputation, ensemble de fiches d'imputation des différentes sections de la comptabilité analytique. Elles ont leur correspondance dans les livres comptables, en particulier dans le journal des stocks et enregistrent les mouvements de fonds.

Ainsi, avec le système du prix de journée, en vigueur entre 1941 et 1984, toutes les dépenses engagées par les hôpitaux étaient remboursées à posteriori. Le paiement rétrospectif prend la forme du calcul d'un prix de journée qui fonde la procédure d'allocation des ressources. L'absence de contrainte budgétaire qui prévaut durant cette période se traduit par une forte dérive des dépenses hospitalières mais aussi par le développement d'une médecine de pointe.

On assiste alors à un premier renversement de la logique d'allocation des ressources et donc de la finalité de la comptabilité analytique à l'hôpital. La création de la Dotation Globale (DG) a en effet pour conséquence en 1983 de rendre obsolète cette comptabilité analytique visant essentiellement à définir des tarifs budgétaires.

1.1.1.2 La création de la dotation globale et l'encadrement des dépenses hospitalières

Le contexte est celui de la fin de l'« âge d'or » de l'hôpital public qui bien qu'il ait a permis à la France de se doter de structures sanitaires performantes entre 1958 et 1985 atteint ses limites. Le ralentissement de la croissance consécutive aux chocs pétroliers, les coûts croissants de la recherche médicale et le creusement des déficits des régimes sociaux, ont contraint les pouvoirs publics à mettre en œuvre différents outils pour encadrer la dynamique accélérée des dépenses d'hospitalisation et réformer les modes de financement des établissements hospitaliers publics et privés. La politique hospitalière poursuit dès lors, deux objectifs : organiser l'offre de soins et planifier sa répartition sur le territoire en fonction de

l'appréciation des besoins sanitaires de la population, mais aussi réguler les dépenses de santé.

En 1983, un système d'enveloppe globale est institué pour l'hospitalisation publique, la dotation globale de financement. Cette enveloppe annuelle de dépenses, fixée a priori pour chaque hôpital, se substitue à la tarification au prix de la journée, jugée inflationniste. Le budget est ainsi fixé pour une année en fonction du budget précédent auquel est appliqué un taux directeur. Le système de l'enveloppe dite « globale » oblige chaque hôpital à s'attacher avant tout à ne pas dépasser les crédits qui lui sont attribués par la caisse pivot dont il dépend.

Par la suite, la détermination de la dotation globale se fait sur la base de la valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité). En effet, la comparaison du coût de production ISA d'un établissement à celui de la région permet d'estimer le niveau de sur ou de sous dotation de l'établissement qu'il s'agit donc de corriger. Un coût du point ISA supérieur à la moyenne régionale correspond à un établissement surdoté qui verra donc son taux directeur faible. Mais cette méthode suppose de quantifier l'activité d'un établissement et donc de mieux la décrire, c'est le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui va permettre cette évolution en imposant une description fine du produit hospitalier.

Parallèlement, à cette réforme du mode de financement, les principes généraux de la comptabilité publique s'appliquent aux établissements publics de santé et sont contenus dans le règlement général sur la comptabilité publique depuis 1962. Il en résulte un certain nombre de règles telles que la séparation des ordonnateurs et des comptables, les modalités de recouvrement des recettes et de règlement (engagement, liquidation, paiement, mandatement) notamment. L'instruction M21 sur la comptabilité des établissements d'hospitalisation publique, régulièrement mise à jour, énonce ainsi les principes comptables applicables aux établissements publics de santé. L'objet de la comptabilité des établissements de santé exécutant le service public hospitalier consiste en la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle de ces établissements.

Les réformes du mode de financement ont également été l'occasion d'instrumenter les hôpitaux pour améliorer leur démarche de gestion. En effet, une modernisation du régime comptable a accompagné la mise en œuvre de la dotation globale en 1984 et a été poursuivie par la loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. Les objectifs étaient

de mieux connaître les différents coûts tout en associant le personnel médical à la gestion des structures. Les établissements assurant le service public hospitalier ont ainsi l'obligation de tenir une comptabilité des dépenses engagées et une comptabilité analytique.

Ainsi, si la comptabilité analytique est aujourd'hui obligatoire pour les établissements hospitaliers, il est aussi intéressant de remarquer le lien qui s'opère avec les modes de financement. Dans le premier cas, celui du financement au prix de journée, la comptabilité analytique est un préalable au calcul du prix de revient de la journée. Dans le deuxième cas, celui d'un financement par dotation globale, la logique est inversée ; le mode de financement est fixé, dans un contexte de maîtrise des dépenses, qui implique donc de connaître les coûts de façons plus précises du point de vue de la tutelle qui la rend donc obligatoire. Reste donc à en comprendre les principes méthodologiques et examiner les différentes méthodes de calcul des coûts dans le cadre d'une Comptabilité Analytique Hospitalière.

1.1.2 Méthodes de calcul des coûts à l'hôpital

Nous l'avons dit, contrairement à la comptabilité générale qui affecte les charges par nature, la comptabilité analytique repose sur le principe d'affectation par destination. Appliqué au cas de l'hôpital, la destination pourra être tout objet de coût (ou de profit) qu'un établissement souhaite suivre et mesurer, qu'il s'agisse d'un service clinique, d'un pôle, d'un patient par exemple ou encore d'une journée d'hospitalisation dans la lignée des travaux précédemment évoqués sur la base d'une tarification au prix de journée.

Traditionnellement, en comptabilité analytique, il existe deux grands modèles de calcul de coûts : les coûts partiels (méthodes des coûts variables et spécifiques, imputation rationnelle, coût marginal..) et les coûts complets (méthode des sections homogènes, ABC/ABM, méthode des Unités de Valeur Ajoutée…). Nous ne présentons ici que les méthodes les plus souvent utilisées ; elles sont issues du Guide méthodologique la Comptabilité Analytique Hospitalière, diffusé depuis 1997 et dont la dont la 4ème édition est parue en octobre 2011 applicable au 1er janvier 2012.

1.1.2.1 La méthode des sections homogènes (ou coûts complets)

Elle considère l'ensemble des charges selon la possibilité de les affecter directement ou indirectement au coût que l'on veut calculer. Le coût complet est donc l'ensemble des coûts directs affectables et des coûts indirects répartis et imputés à l'aide de clés de répartition permettant d'aboutir au calcul du coût de revient d'un produit, d'une prestation ou d'une activité.

Les coûts indirects sont collectés dans des « centres d'analyse » intermédiaires et ensuite répartis au prorata d'une clé de ventilation représentative de la consommation du coût indirect.

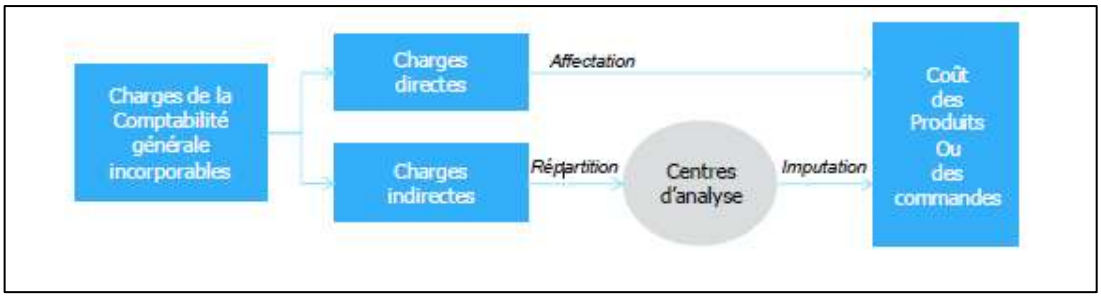


Figure 2 : Méthode des sections homogènes
Source : Guide Méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière, Octobre 2011

La comptabilité analytique hospitalière telle qu'elle est préconisée par le ministère à travers les différents guides s'inspire des coûts historiques complets qui englobent donc les dépenses directes d'un service clinique par exemple et les consommations induites tant en termes de logistique médicale (actes médico-techniques d'imagerie ou de laboratoire par exemple) que de logistique générale (restauration, blanchisserie…).

1.1.2.2 La Méthode ABC (Activity Based Costing)

Cette méthode de calcul de coûts basée sur les activités propose d'introduire une relation causale dans le rattachement des coûts aux produits. Fondée sur la description des processus, cette méthode mesure très précisément les coûts associés aux ressources consommées par les activités qui constituent le processus ; ce sont les activités qui consomment des coûts et les produits qui consomment des activités.

Figure 3 : Méthode ABC
Source : Guide Méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière, Octobre 2011

La démarche consiste dès lors à identifier les activités créatrices de valeur puis des inducteurs de coûts qui permettent de déterminer pour chacune des activités retenues le processus selon lesquelles les ressources sont consommées.

A titre d'illustration, nous présentons le cas d'un projet de centralisation des achats des pharmacies des hôpitaux du Centre Hospitalier de Metz et du CHU de Nancy, les gisements de performance propres à chaque hôpital ayant été identifiés via la méthode ABC. Cette méthode a en effet permis de caractériser les étapes constitutives du circuit des produits solutés dans les hôpitaux puis d'obtenir une carte précise des coûts de chaque activité, leur répartition par activité et par ressource et ainsi un référentiel quant à la valeur ajoutée des activités et le processus d'approvisionnement standard.

Pour autant, la méthode ABC est peu utilisée à l'hôpital du fait de la complexité à définir précisément les produits. Elle nécessite en effet une étroite collaboration entre le détenteur de la connaissance métier en termes méthodologiques, qu'est le gestionnaire, et détenteur de la connaissance technique et s'avère donc très chronophage. La description fine du processus en termes d'activités comme de coûts nécessite également une réactualisation régulière. Elle doit donc être réservée à des processus bien ciblés (Laboratoire, Blanchisserie…) et pourrait être davantage utilisée sous réserve que la totalité des activités soit décrite sous forme de processus qu'il s'agisse de protocoles de prise en charge ou de parcours de soins et chemins cliniques par exemple.

1.1.2.3 La méthode dite des coûts variables

Elle considère les charges selon leur caractère fixe, variable ou mixte au regard du niveau de la production. Elle consiste à déterminer une marge entre le prix de vente et les coûts variables d'un produit, mesurant sa contribution à la couverture des charges fixes et à l'obtention du résultat de l'entreprise. Elle permet de calculer des seuils de rentabilité et les coûts marginaux.

Appliqué au cas hospitalier, elle s'avère pertinente dans le cadre de l'acquisition d'un matériel lourd qui implique un investissement (des coûts fixes) mais aussi des consommables nécessaires au traitement du patient (coût variable) ; quel que soit le mode de financement prévu, une fois la recette calculée, il est possible de calculer le nombre de patients à prendre en charge ou d'actes à réalisés pour atteindre le seule de rentabilité.

La comptabilité analytique rendue obligatoire par la tutelle dans le contexte de maîtrise des dépenses de santé s'est traduit par une prolifération d'outils. Pour comprendre l'émergence de ces outils, il reste donc à définir de manière plus précise le produit auquel elles s'appliquent. S'agissant d'une comptabilité par destination, plusieurs types et niveaux d'activité peuvent en faire l'objet. Les principaux outils de la CAH sont construits ou produits à partir de ces méthodes. Les outils peuvent être le tableau issu du Retraitement Comptable (RTC), les coûts de production par activité issus de la méthodologie de la Base d'Angers et enfin les coûts par séjour construits à partir de l'ENCC (Echelle Nationale de Coûts à Méthodologie Commune).

1.2 La connaissance de l'activité hospitalière : un défi à relever pour une meilleure allocation des ressources

De nombreux auteurs ont mis l'accent sur la complexité du produit hospitalier du fait de trajectoires patients singulières (Minvielle, 1996) et d'une mesure de l'activité difficilement quantifiable (de Pouvourville, Kletz, Engel, Moisdon, Tonneau).

Par ailleurs, l'innovation technologique a profondément changé la nature de la pratique médicale ; outre l'éclatement des savoirs médicaux qui contribue à renforcer la complexité des processus précédemment mise en évidence, on assiste à une intensification et une complexification de la prise en charge dans son ensemble qui se veut plurielle et se manifeste par la concertation de différents spécialistes et une multiplication des déplacements du patient autour des différents plateaux techniques. Ceci étant, quel que soit le parcours du patient lors de son séjour à l'hôpital, un acteur se retrouve constamment au croisement de tous les processus, le personnel soignant, infirmier et aide-soignant dont l'activité a rarement été décrite et mériterait pourtant une analyse plus fine.

Face à la complexité des processus du fait de la diversité des cas, de l'incertitude constante quant au parcours du patient et donc la singularité des trajectoires patients, devons-nous nous abstraire de toute tentative de modélisation de l'activité hospitalière ? Pour tenter de dépasser cet écueil, Nous nous efforçons de considérer chacun des acteurs hospitaliers du gestionnaire au médecin, en mettant en évidence l'émergence d'un acteur aujourd'hui incontournable dans la description du produit hospitalier, le médecin DIM (Département de l'Information Médicale).

Pour autant, le produit hospitalier ne se limite pas à la seule activité médicale, nous souhaitons aussi rendons compte des efforts réalisés en vue de décrire l'activité soignante, et médico-technique, le point commun entre toutes ces modélisations étant certainement d'aboutir à des nomenclatures et indicateurs permettant l'agrégation de variables multiples et une certaine homogénéité. Pour chacun de ces niveaux d'analyse de l'activité il s'agit donc de définir, dans un premier temps, les enjeux qualitatifs en insistant sur les principes de construction des nomenclatures et indicateurs, puis, dans un second temps , les enjeux quantitatifs à travers notamment les possibilités de comparaisons entre établissements et donc de *benchmarking*[4].

1.2.1 Le PMSI et sa finalité : entre description de l'activité médicale et élément clé du mode de financement

La mise en place progressive du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) fait apparaître une nouvelle facette de la relation entre Etat et hôpitaux. Cette réforme, qui va s'étaler entre 1982 et 1996, implique sur un plan qualitatif que les médecins hospitaliers rendent visible et compréhensible leur activité en utilisant une nomenclature de production et en produisant une information médicale standardisée.

De plus, le contexte est celui d'un accroissement de la contrainte budgétaire et son corollaire, le changement du mode de financement des hôpitaux avec le passage à la Dotation Globale. Afin d'objectiver ces données, le PMSI est décliné en termes quantitatifs à travers le calcul de

[4] Le *benchmarking*, ou parangonnage, terme recommandé par la Délégation Générale à la Langue Française et aux langues de France (DGLFLF) est une technique issue du marketing et de la gestion de la qualité. Elle vise à étudier les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises et d'implanter les meilleures pratiques et améliorer ainsi la performance des processus dans l'organisation. Le benchmark est donc un indicateur chiffré de performance dans un domaine tel que la qualité, la productivité, les délais ou encore le coût issu de l'observation des meilleures pratiques.

coûts moyens par type de patients et la mesure quantitative de l'activité tant au niveau de la région que des établissements.

Nous considérons donc l'outil PMSI en deux temps : le premier en vue de l'affinement de la description de l'activité médicale de l'hôpital tant en termes qualitatifs que quantitatifs redonnant ainsi du sens à la Comptabilité Analytique Hospitalière, le second en tant que vecteur de la politique de tarification des hôpitaux.

1.2.1.1 Le PMSI comme élément de description plus fin de l'activité médicale à l'hôpital

Les modèles contemporains de l'hôpital définissent le produit hospitalier comme une variation de l'état de santé des patients traités, pouvant être assimilée à un output obtenu par le biais d'une fonction de production de l'hôpital à partir d'un certain nombre d'intrants (personnel, capital…). Or cette mesure de la variation de l'état de santé étant difficile à établir, il a été convenu de retenir comme indicateur représentatif servant de base au financement la journée d'hospitalisation. Mais cet indicateur s'est montré particulièrement insatisfaisant. Dès lors il convient de s'interroger sur la notion de « produit hospitalier ».

A cet égard les travaux du professeur Fetter de l'université de Yale fournissent une réponse originale par la construction de Diagnosis Related Groups (DRG) et en assimilant ainsi le produit hospitalier au traitement d'une pathologie. Ses travaux l'ont en effet conduit à élaborer une classification des séjours hospitaliers en groupes homogènes sur la base d'un échantillon de 1,8 millions de dossiers répartis sur plusieurs hôpitaux du New Jersey.
Quatre critères sont à l'origine de la création des DRG :

- Des variables couramment disponibles dans les données hospitalières pour définir les groupes
- Un nombre restreint de groupes
- Des groupes suffisamment homogènes en termes de consommation de moyens similaires
- Un système médicalement interprétable c'est à dire correspondant à des malades précis et à des procédures définies

L'adaptation française a conduit à la formation de Groupes Homogènes de Malades (GHM), cette homogénéité s'expliquant tant du point de vue de la consommation de ressources que de la signification médicale. C'est la circulaire du 18 novembre 1982 qui introduit le PMSI et

l'inscrit dans un processus d'optimisation de l'offre de soins. L'enjeu fondamental qui accompagne son instauration est le passage de données administratives (journées, actes…) à des données médicalisées.

Sur la base de cette classification en DRG, la version 0 des Groupes Homogènes de Malades (GHM) est publiée en France en 1986 et correspond à la 2ème révision de la 4ème version des DRG. Or l'homogénéité des groupes doit reposer sur des similitudes médicales mais surtout économiques notamment en termes de durée de séjour laquelle est fortement corrélée au coût d'un séjour. Ainsi, la présence de Comorbidités associées (CMA) ainsi que l'âge du patient (plus ou moins de 69 ans) peut conduire à classer une même pathologie en deux GHM différents dans la mesure où le traitement d'un tel patient mobilise davantage de ressources. Afin de maintenir cette double homogénéité la classification est donc régulièrement mise à jour et la création de nouveaux GHM est rendue nécessaire par une variance des coûts des lors que celle-ci peut être définie par des variables caractéristiques du patient.

Pour autant, un premier constat s'est rapidement imposé, celui de la résistance des acteurs sur le terrain qui dénoncent notamment la non homogénéité des GHM et l'impossibilité qui en résulterait de classer chaque patient au sein de l'un d'entre eux en opposition avec le principe selon lequel « chaque patient serait unique ». Des efforts de précision sont souvent effectués, faisant toutefois courir le risque de développer de véritables « usines à gaz ». L'exemple du passage à la V11 de la classification des GHM en Mars 2011 est à ce titre significatif ; quatre évolutions majeures ont été apportées à la précédente version :

- Une refonte de la liste des CMA au profit d'un découpage des GHM en quatre niveaux de sévérité ;
- La définition du diagnostic principal comme raison pour laquelle le patient est hospitalisé ;
- La suppression de la Catégorie Majeure 24, qui concernait auparavant les séjours de moins de deux jours au profit de GHM de courte durée ;
- La création d'une centaine de nouvelles racines de GHM en vue d'améliorer la description et ainsi mieux rendre compte des pathologies prises en charge.

Au final, ce changement de classification s'est traduit par une augmentation significative du nombre de GHM passant de 799 à 2300 l'année de sa mise en œuvre.

Une fois cette nomenclature définie, tout l'enjeu réside pour les établissements à classer chacun des patients ayant effectué un séjour au sein de l'établissement dans un GHM. L'introduction de cette nomenclature a ainsi eu pour conséquence de faire émerger un nouvel acteur au sein des hôpitaux, le médecin DIM, médecin référent d'une nouvelle discipline, l'Informatique Médical, à la croisée des chemins entre la médecine et l'activité. Dans le cadre du PMSI ; il est chargé de recueillir, traiter et analyser les informations relatives aux hospitalisations collectée sous la forme d'un Résumé d'Unité Médicale (RUM) à partir du compte-rendu hospitaliers qui détaille le diagnostic établi et les actes réalisés pour chaque passage au sein d'une unité médicale. En cas de patients ayant séjourné dans plusieurs unités médicales, ces données sont agrégées pour former un Résumé Standardisé de Séjour (RSS) et classées au sein d'un GHM. Le nombre de séjours réalisés pour chaque GHM constitue le Case Mix de l'établissement et fournit ainsi une photographie de l'activité médicale réalisée par l'établissement. Sur cette, base, le médecin DIM génère *in fine* des fichiers anonymisés transmis aux organismes de tutelle.

Soulignons d'ores et déjà toute la difficulté et donc l'enjeu qui résulte d'une telle description de l'activité médicale et qui implique de mettre en place un véritable dialogue de gestion. Il s'agit en effet de faire comprendre et accepter l'incomplétude sous-jacente à toute modélisation, qui par définition se veut simplificatrice de la réalité, mais entre en contradiction avec l'attente du corps médical qui souhaite toujours captiver la complexité du processus de production de soins dans tout tableau de bord ou nomenclature.

1.2.1.2 Apports du PMSI à la Comptabilité Analytique Hospitalière

Outre la description qualitative et quantitative résumée dans le Case Mix de l'établissement, cette classification redonne du sens à la comptabilité hospitalière en définissant de nouvelles destinations pour classer les charges.

Le modèle retenu pour la comptabilité analytique hospitalière s'apparente à un modèle de coût complet issu de la méthode des sections homogènes. La méthode des sections homogènes a pour corollaire la définition de deux natures distinctes de sections d'analyse (SA), la SA étant définie comme étant à un ensemble d'activités suffisamment homogènes pour pouvoir faire l'objet d'une affectation des charges selon une même unité d'œuvre. On distingue ainsi :

- Les SA principales ou définitives collectant l'ensemble des coûts associés à la production de soins. Il s'agit des sections d'analyse recouvrant les activités cliniques (SA cliniques), destination finale de l'ensemble des charges d'un établissement de santé.
- Les SA collectant le coût des activités non cliniques, appelées en comptabilité analytique activités indirectes (SA médico-techniques, SA de logistique médicale, SA de gestion générale). Elles sont destinées à être réparties vers les SA de destination.

Cette méthode d'affectation des charges par SA alliée à la mise en place des GHM par le PMSI permet ainsi de déterminer le coût d'un séjour selon deux composantes, une composante médicale et une composante non médicale s'appuyant sur la méthode des coûts complets. En effet, La ventilation d'une section d'analyse auxiliaire vers les sections d'analyse définitive, nécessite de définir une (ou plusieurs) clé de ventilation pertinente et signifiante au regard de l'activité de la section considérée. Pour obtenir le coût complet d'une activité, on recueille toutes les informations économiques et financières, engagées :

- Charges directes qui sont imputables sans ambiguïté,
- Charges indirectes issues des activités supports, ventilées au moyen de clés.

Par ailleurs, le coût de production d'une activité peut être mesurée au moyen des unités d'œuvre (UO) ; il est ainsi possible d'identifier le coût d'un ICR d'imagerie, indicateur dont nous expliquons la construction ci-dessus, dans le cadre de l'activité médico-technique.

L'ensemble de cette méthodologie de définition des SA et d'affectation des charges au moyen de clés de répartitions sont précisés dans les guides méthodologiques de Comptabilité Analytique Hospitalière, le premier datant de 1997.

Le calcul des coûts par séjour, rendu possible par le PMSI et l'introduction des GHM constitue une étape importante dans l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers indispensables à une maîtrise des dépenses. Cet effort de méthodologie doit dès lors s'accompagner du développement de systèmes d'information permettant de fournir de façon fiable des données en routine. Mais si les établissements veulent comparer leurs coûts aux autres références nationales, ils doivent opter pour un modèle standard. L'Echelle Nationale de Coût (ENC) devenu ENCC (Echelle Nationale de Coût à méthodologie Commune) en vue de l'intégration des établissements privés, répond à cet objectif. La mise en place d'une base nationale de coûts par séjour a été décidée par la direction des hôpitaux par la circulaire du 28

février 1992. Un appel à candidatures a dès lors été lancé auprès de l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier, afin de constituer une base nationale de données de coûts par séjour hospitalier. Sur la centaine d'établissements qui s'étaient portés candidats, seuls 46 établissements ont été retenus. Aujourd'hui, l'ENCC 2009 est basée sur un échantillon de 51 établissements publics ou PSPH et 20 privés.

Parmi les critères de participation à l'échantillon ENCC figurent :

- Un taux d'exhaustivité du recueil des informations PMSI sur les séjours supérieurs à 95 % ;
- Une bonne expérience de la comptabilité analytique hospitalière ;
- Un système d'information capable d'identifier pour chaque séjour la totalité des actes médico-techniques et des consommations médicales (sang, prothèses et implants, médicaments coûteux, actes réalisés à l'extérieur).

Pour construire l'échelle de coûts par GHM, trois types d'informations sont nécessaires :

- Le groupe homogène dans lequel le séjour est affecté par le logiciel groupeur ;
- Le type et la taille de l'établissement dont provient le séjour ;
- Le coût complet (hors coûts de structure) du séjour calculé à partir du modèle d'affectation décrit précédemment.

La dernière étape nécessaire à la construction d'une échelle est le choix d'un indicateur. La moyenne a été préférée à la médiane afin de pouvoir analyser les écarts de coûts. Une telle étude est actualisée chaque année et les résultats sont publiés au début du deuxième trimestre de l'année. Enfin, outre ces données comptables que constituent les coûts, d'autres éléments de référence sont fournis par l'ensemble des établissements participant à l'ENC tels que la durée de séjour, l'âge moyen, le taux de décès ainsi que les volumes de consommation par grands types médico-techniques.

Cette montée en charge dans la CAH a permis l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers au niveau de chaque établissement. Mais la construction de l'Echelle Nationale de Coût va plus loin dans la mesure où elle permet de comparer les établissements entre eux. Or, pour être exploitable, une telle comparaison doit se faire dans des conditions semblables de production. C'est la prise en compte de l'activité des établissements qui va faire ce lien.

La détermination de l'activité d'un établissement s'opère par comparaison avec l'ENC. En effet, une fois le coût déterminé, il est possible de le convertir en nombre de points ISA. Ce passage du coût en nombre de points ISA s'effectue par l'intermédiaire du GHM 540 correspondant aux « Accouchements par voie basse sans complication » auquel a été affecté un total de 1000 points. Ce GHM a été choisi car il représente une prestation hospitalière standard très répandue et dont la dispersion du coût est faible. Cette convention permet de définir le reste de l'échelle en fonction du coût relatif des GHM par rapport au GHM 540. Le nombre de points ISA affectés au GHM est obtenu en divisant le coût moyen du GHM par le coût moyen du GHM 540. Chaque GHM se voit ainsi attribuer un nombre de points ISA.

$$Nombre\ de\ points\ ISA\ GHMi = \frac{Coût\ moyen\ du\ GHMi\ \times 1000}{Coût\ moyen\ du\ GHM540}$$

On peut donc sur cette base calculer l'activité de l'établissement en nombre de points ISA en multipliant pour chaque GHM le nombre de points par le nombre de séjours recensés puis en sommant les résultats ainsi obtenus. Toutefois, le calcul du nombre de points ISA d'un établissement n'est pas le simple produit matriciel de l'éventail des cas traités par la valorisation de l'ENC ; il s'y ajoute les points de l'activité externe facturable, les points des molécules onéreuses, les diverses corrections liées à la qualité des données. Chaque établissement calcule ainsi son ISA et en agrégeant ces résultats on détermine l'activité hospitalière de la région, laquelle va servir pour calculer la valeur du point ISA de la région. Cet indicateur est intéressant pour mesurer les différences d'activité entre région qu'il conviendra d'expliquer par des variables démographiques par exemple ou à défaut qui permet de souligner les insuffisances en matière d'offre de soins.

L'utilisation de ces références est particulièrement intéressante en gestion interne. Elle permet de réaliser à partir de l'éventail des cas traités dans l'hôpital des calculs de valeurs de référence que l'on peut comparer aux valeurs réellement constatées. Les écarts constatés sont des signaux que l'on cherche ensuite à expliquer puis à enrayer par la mise en place de mesures équitables.

Le guide méthodologique de la CAH propose ainsi la construction du Tableau Coût Case Mix (TCCM) ; il s'agit de comparer l'établissement à un établissement fictif de référence ayant le même case mix. Pour cela on calcule les coûts de l'hôpital théorique en multipliant le coût unitaire de l'ENC par le nombre de séjours de l'hôpital étudié. La comparaison des coûts par

rapport à ceux constatés en moyenne à activité semblable sur la base d'un échantillon représentatif d'un comportement « normal » permet de mettre en évidence les sources de sous coût ou de surcoût de l'hôpital ainsi analysé.

Aujourd'hui le point ISA n'est plus utilisé, mais la construction de l'échelle est toujours d'actualité et vise à introduire les établissements privé pour la construction des coûts moyens par GHM, selon des choix méthodologiques parfois encore discutés. Avant cela, à l'image du prix de revient de la journée, il a été utilisé à des fins de financement des hôpitaux.

1.2.1.3 Le PMSI comme élément clé de la tarification

Le calcul de la valeur du point ISA a aussi servi de base à la détermination de la dotation pour chaque établissement par la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) à l'époque. En effet, la comparaison du coût de production ISA d'un établissement à celui de la région permet d'estimer le niveau de sur ou de sous dotation de l'établissement qu'il s'agit donc de corriger. Un coût du point ISA supérieur à la moyenne régionale correspond à un établissement sur doté qui verra donc son taux directeur faible.

C'est la circulaire du 16 septembre 1991 qui annonce que le PMSI sera utilisé comme un outil d'allocation externe des établissements. L'objectif est en fait d'allouer un budget équivalent à tous les établissements pour une activité équivalente mesurée en points ISA et harmoniser ainsi les budgets hospitaliers. Cette dotation théorique est obtenue en multipliant le nombre total de points ISA de l'établissement par la valeur du point ISA de la région.

$$\begin{aligned} &Dotation\ théorique\ de\ l'hôpitali\ pour\ la\ région\ j \\ &\qquad = Nb\ de\ points\ ISA\ \times Valeur\ du\ point\ ISA\ de\ la\ région\ j \end{aligned}$$

Précisons que la DRASS avait alors la possibilité d'effectuer des contrôles et des redressements sur l'exhaustivité et la qualité des RSS, ces redressements pouvant aboutir à une modification des points ISA et donc du budget hospitalier. Ce calcul est effectué pour la première fois en 1996 ; le budget prévisionnel des établissements de plus de 100 lits sous budget global est modulé en tenant compte de l'activité médicale.

Quelques années plus tard, en 2004, cette même logique d'allocation des ressources sur la base de l'activité sera reprise dans le cadre d'une réforme du mode de financement des établissements de santé qui porte bien son nom, la T2A (Tarification à l'Activité).

Ceci étant, l'activité médicale n'est pas la seule activité qui définit le produit hospitalier. D'autres activités sont réalisées soit pour les patients hospitalisés, soit pour des patients externes. Il s'agit des activités médico-techniques dont il convient de mesurer la production.

1.2.2 L'ICR comme indicateur de mesure de certaines activités médico-technique

L'activité médico-technique a elle aussi fait l'objet de travaux de modélisation en vue de construire des indicateurs permettant de décrire cette activité tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Nous prenons ici l'exemple de l'Indice de Coût Relatif (ICR) qui a été décliné pour de nombreuses activités hospitalières telles que l'imagerie, le bloc opératoire. De manière générale, nous le définissons comme étant l'unité d'œuvre comptable relative aux actes médico-techniques. Il indique la mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à la réalisation de chaque acte de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). L'ICR est « relatif » : la réalisation d'un acte ayant un ICR de 200 consomme en moyenne deux fois plus de ressources que celle d'un acte dont l'ICR est de 100. Après en avoir défini les étapes de sa construction, nous revenons sur l'usage qui peut en être fait en termes de benchmarking entre établissements.

1.2.2.1 L'ICR, un indicateur mixte

Le principe de description de l'activité médico-technique consiste à affecter à un acte un nombre d'ICR à partir de 3 composantes :

- Un indice d'activité médicale représentant la mobilisation des médecins pendants l'acte (estimation de la durée et de la composition de l'équipe multiplié par le coût salarial de chaque catégorie = part des rémunérations médicales affectables à l'acte) ;
- Un indice d'activité du personnel soignant représentant la mobilisation des infirmières ;
- Un indice de consommation de ressources matérielles passant par la désignation d'un type de salle adaptée à la réalisation de l'acte puis l'estimation du temps de la salle et des prix d'achat des matériels (amortissement et maintenance).

Cet outil se présente tout d'abord comme une simple unité d'œuvre permettant d'aboutir par l'intermédiaire de la comptabilité analytique à des calculs de coûts sur des catégories de modèles.

Dans un premier temps, il a fait l'objet d'une diffusion sous la forme de catalogues, diffusion qui ne semblait pas indispensable compte-tenu de l'usage qui devait en être fait en tant que clé de ventilation dans un modèle de comptabilité analytique. Mais ces catalogues constituant une nouvelle façon de décrire l'activité du plateau technique, il est apparu intéressant que les hôpitaux en disposent. De nombreuses remarques ont d'ailleurs progressivement émergé venant essentiellement de médecins hospitaliers : « tel acte semble sous-coté », « la durée de tel acte est sous-évaluée », « l'ICR occulte complètement les temps de réflexion et de préparation », « la production de mon service est sous-évaluée en termes d'ICR ». Sur cette base, l'ICR est devenu autre chose qu'une simple clé de ventilation ; plusieurs étapes peuvent être distinguées[5] :

- 1ère étape : outil de mesure de la production d'un service

Les ICR constituent des indicateurs de consommation de ressources des différents actes techniques médicaux et servent à affecter aux malades une partie des services techniques de l'hôpital.

Il permet dès lors de mesurer la production d'ICR d'une année, de la comparer par rapport à l'année précédente, voire de comparer des services entre eux. Il devient donc un instrument d'évaluation et de jugement des services entraînant des réactions et remarques de la part des médecins : demandes de sur-cotation pour des examens pratiqués sur des patients particuliers (obèses, enfants…), prise en compte de temps péri-examens (temps d'attente, temps de réflexion, temps de formation…), demandes de révision des cotations de certains actes…

- 2ème étape : outil de calcul de la productivité

Chaque service étant caractérisé par un budget qui lui a été affecté et grâce à ce nouvel outil par sa production mesurée en ICR l'idée vint de rapporter l'un sur l'autre, ce qui permettait d'approcher une mesure de productivité du service et de comparer les productivités des services entre eux.

[5] Nous reprenons ici les travaux menés par les chercheurs du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines et qui ont fait l'objet d'une publication dans l'ouvrage collectif « Du mode d'existence des outils de gestion »

– 3ème étape : outil de calcul budgétaire

Le raisonnement se fait dès los à l'envers ; connaissant la production d'un service en nombre d'ICR, ne pouvait-on pas calculer le budget « normal » à allouer à chaque service ; il convenait dès lors de disposer du prix de l'ICR (25 francs ou alors coût de l'ICR n-1).

Autrement dit, ces coûts sont censés ensuite entrer dans un mécanisme incitatif où l'on reconstitue les budgets théoriques des établissements à partir de la mesure de leur activité et où l'on confronte ces budgets théoriques aux dépenses réelles

– 4ème étape : condition d'existence d'une discipline

De nombreux médecins ont demandé qu'on revoie les ICR de leur champ voire les actes identifiés eux-mêmes ; au-delà des cotations en ICR, elle permettait d'affirmer leur existence en faisant apparaître leur champ en tant qu'ensemble cohérent dans le catalogue et en se l'appropriant.

Outre l'évolution dans la finalité de cet indicateur, il est d'ores et déjà intéressant de souligner que l'ICR est caractérisé par un certain nombre de conventions, comme n'importe quel élément d'une comptabilité analytique. Des hypothèses réductrices ont donc dû être formulées

Finalement, cette autonomisation de l'outil par rapport à ses objectifs initiaux renvoie aux profondes mutations que vit en ce moment le système hospitalier qui intériorise progressivement la contrainte économique poussé par des mécanismes incitatifs. Nous retrouvons cette même logique avec le mode de financement de type T2A pour l'activité médicale. Le benchmarking entre établissement va également dans ce sens.

1.2.2.2 La base d'Angers comme support à l'analyse des activités transversales médico-techniques et autres

Le CHU d'Angers assure, depuis 1992 et par convention avec la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins) la gestion de la base de données des coûts par activités. Elle vise à évaluer les coûts de production des activités transversales et couvrent ainsi des champs comme les activités administratives, la logistique, la logistique médicale et médico-techniques. Elle permet une comparaison des coûts de l'unité d'œuvre entre plusieurs établissements et se présente sous la forme de trente fiches représentant jusqu'à 50% du

budget d'un établissement. Elle est réglementée par le tome 2 du guide de la CAH et des efforts sont effectués afin de coupler les indicateurs entre eux et élaborer des éléments statistiques communs avec le retraitement comptable ou l'ENCC.

1.2.3 L'activité soignante

Le personnel soignant est souvent oublié des études. Pourtant qu'il s'agisse des infirmiers ou des aides-soignants, il est un acteur essentiel du processus de prise en charge des patients. Il est par ailleurs soumis à de multiples contraintes dans un environnement où les conditions de travail sont jugées difficiles. Les taux d'absentéisme et de turn-over semblent attester de ce fait. Avant de présenter les indicateurs qu'il est possible de mettre en place pour les confronter aux données issues de la comptabilité analytique et justifier ou pas une dérive des dépenses correspondantes sur la base de critères objectifs, il est important de comprendre le contexte qui en fait probablement un des indicateurs les plus sensibles et soumis à discussion.

1.2.3.1 Contexte et justification d'un indicateur de mesure de l'activité du personnel soignant

Plusieurs études ont été menées et synthétisées à travers le terme de « charge mentale », terme non spécifique au milieu hospitalier. La charge mentale est ainsi définie comme étant « la définition des seuils dans le niveau de contrainte de tâches particulières, au-delà desquels l'astreinte qui en résulte pour les opérateurs lors de l'exécution de ces tâches est excessive et se traduit par une baisse de la performance (principalement du point de vue de la qualité), une apparition des symptômes de fatigue, une augmentation des risques d'incidents ou d'accidents, une insatisfaction accrue pour les opérateurs… » (Sperandio, 1980).

Or, les caractéristiques du milieu socio-professionnel hospitalier sont prédominantes dans la genèse de cette charge mentale de travail : l'organisation du travail, la complexité croissante des techniques médicales et les problèmes hiérarchiques sont à l'origine d'une charge mentale élevée pour le personnel soignant. Les travaux sur le *burn-out* (Estryn-Behar, Fouillot) estiment que 25 à 60% se disent stressés (Canoui, Mauranges, 2001) et une infirmière sur quatre présente un épuisement professionnel. Quelques chiffres significatifs précisent le degré de stress : si 80% des infirmières apprécient leur métier, 55% ont cependant eu récemment envie de quitter leur emploi : les symptômes les plus fréquemment évoqués sont les maux de dos

(65%), les maladies nerveuses (30%). L'épuisement émotionnel est d'autant plus élevé que le temps de contact avec les malades et les actes nombreux.

Une enquête quantitative menée par les cadres soignants du groupe de travail de l'ARG.3S[6] auprès des services de leurs établissements a dégagé 5 groupes de situations dans lesquelles les charges aigües de charges mentales sont fréquentes :

- Les situations continuelles d'imprévus (maîtrise de situations pour lesquelles les personnels ne sont pas complètement préparés) :
- Les difficultés d'accomplir totalement les protocoles de soins (peur d'oubli) du fait des interruptions fréquentes, ou de tâches non maîtrisées car trop éloignées de la formation de base ;
- Les relations avec les familles ;
- Les relations avec les médecins ;
- Les relations avec les patients (situations particulières de soins, agressivité, manipulation des soignants par les patients, morts).

Dans ce contexte, les personnels soignants se plaignent bien souvent d'une mauvaise évaluation de leur charge de travail malgré les efforts effectués en la matière.

1.2.3.2 Les outils de mesure de l'activité des personnels soignants

Le personnel infirmier a fait l'objet des travaux les plus fins pour en mesurer l'activité ; il s'est traduit par l'élaboration des SIIPS. Les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) constituent un ensemble d'outils statistiques et une méthode d'évaluation de la gestion de l'activité de dispensation des soins infirmiers. Inspirée de la classification des diagnostics infirmiers née aux Etats-Unis en 1973, elle a été officialisée en France en 1992 dans le cadre des études et en 1993 dans l'exercice de la profession. Cette classification a évolué au fil du temps, passant ainsi de quarante diagnostics au départ à plus de 188 actuellement. Ce sont ces classifications et les taxonomies qui permettent une description cohérente de la pratique infirmière en vue de remplir trois objectifs :

- Répertorier les diagnostics infirmiers ;

[6] A.R.G.3S – Rapport du groupe de travail « Le Pendiscan et les charges de travail », animé par JP. Escaffre, juin 1998

- Permettre un remboursement des activités infirmières sur la base des diagnostics infirmiers et non plus des diagnostics médicaux
- Prévoir les besoins en personnel et en formation du personnel.

La valeur obtenue caractérise ainsi l'intensité du séjour par 24 heures qu'il convient ensuite de multiplier par le nombre de jours d'hospitalisation ou faire une évaluation quotidienne.

Pour autant, face à la difficulté à recueillir les informations nécessaires au codage pour coter les actes, rares sont les établissements à investir dans cet outil et / ou à en faire un outil de pilotage. Le recueil des SIIPS nécessite en effet une qualité des formations du dossier de soins, un niveau de compétences du soignant dans la méthode, la mise en œuvre d'une éthique professionnelle liée à l'information et enfin la mise en place d'un contrôle qualité.

D'autres indicateurs peuvent alors être mis en œuvre de manière beaucoup plus simple, à l'image de la charge en malades qui mesure le nombre de patients pris en charge par un infirmier ou un aide-soignant à un instant. Cet indicateur, beaucoup plus frustre, a le mérite d'être parlant pour le personnel soignant capable d'évaluer le nombre de patients dont il a assuré la prise en charge une journée donnée et plus globalement. Pour autant cet indicateur fait aussi l'objet de nombreuses critiques puisque ne tenant pas compte de la lourdeur des patients traités et cas traités. L'idéal serait donc de le coupler aux SIIPS, mais face à la difficulté de recueil de cet indicateur, des adaptations peuvent être mises en œuvre.

Certes un tel indicateur ne permet pas de distinguer la lourdeur des patients, il convient donc de le décliner par service (en faisant l'hypothèse d'une relative homogénéité des patients) et type de prise en charge, étant entendu qu'un patient pris en charge en ambulatoire sera considéré comme moins lourd qu'un patient en hospitalisation complète. Il ne s'agit donc pas de comparer des disciplines ou des prises en charge différentes mais de fixer des objectif pour chacune d'entre elles et / ou de comparer des établissements semblables.

Ainsi, des progrès conséquents ont été effectués dans la description et la connaissance tant qualitative que quantitative de l'ensemble de la production hospitalière. Ils ont permis un affinement considérable de la Comptabilité Analytique Hospitalière en définissant de nouveaux agrégats pour affecter les charges par destination et mener une analyse plus complète basée certes sur des données financières incontournables dans un contexte de contrainte budgétaire mais aussi sur des indicateurs physiques qui permettent d'affiner l'analyse.

Pour autant la réforme des modes de financement va une nouvelle fois servir de catalyseur pour renforcer ces outils et en faire émerger des nouveaux. La tarification à l'Activité (T2A) renforce la logique d'allocation des ressources des établissements en la renversant à nouveau. Ce ne sont plus les coûts qui vont guider le manger hospitalier dans le pilotage des établissements mais l'activité et les recettes qu'elle génère, dans une perspective incitative des établissements, ce qui n'empêche pas de poursuivre l'analyse des coût, selon les principes précédemment établis, bien au contraire.

1.3 Le pilotage par les recettes : l'ère de la T2A et les nouveaux enjeux de la CAH

L'instauration de la Tarification à l'Activité, a nécessité de mettre en place une CAH généralisée associée à un pilotage médico-économique avec les médecins ; il s'agit en effet de croiser dépenses et recettes, deux notion susceptibles d'être davantage maitrisées par les acteurs hospitaliers.

1.3.1 Tarification à l'activité : principes et finalités

En restaurant le lien entre activité et financement, la tarification à la pathologie a ainsi pour finalité de responsabiliser les établissements de santé publique par le biais de tarifs fixés présentés comme un moyen incitatif en faveur d'un pilotage médico-économique partagé avec les médecins.

1.3.1.1 La réforme de la T2A : le rétablissement d'un lien entre activité et volume du financement

Les principes de la Tarification à l'Activité (T2A) sont les suivants : elle réintroduit le lien entre niveau de l'activité en volume et financement, qui avait été supprimé avec le budget global. En effet, les établissements qui augmentent leur activité recevront des recettes supplémentaires, recettes versées en fonction d'un tarif incitatif.

Depuis 2004, les ressources des établissements de santé, s'agissant de leur activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), sont allouées en fonction du volume et de la nature de leur activité, sur la base de tarifs ou de forfaits nationaux fixés selon des suivantes :

i. Le volet « tarification des prestations d'hospitalisation »

Le volet « tarification des prestations d'hospitalisation » correspond à la part la plus importante du financement des établissements de santé et comprend notamment les Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Grâce au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les établissements de santé classent le séjour de chacun de leur patient au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). Chacun de ces GHM est ensuite associé à son « pendant financier », un groupe homogène de séjour (GHS). Le tarif du GHS, identique pour tous les établissements de santé, constitue un tarif forfaitaire de séjour devant couvrir l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné. C'est sur cette base forfaitaire nationale que l'établissement de santé est rémunéré par l'assurance maladie pour l'ensemble des prestations effectuées au cours du séjour du patient.

Relèvent également de ce premier volet, les soins et actes réalisés lors des consultations externes. Leur financement repose, en revanche, non pas sur les GHS, mais sur les différentes nomenclatures existantes : la nomenclature générale des actes professionnels, la classification commune des actes médicaux et la nomenclature des actes de biologie médicale.

ii. Le volet « en sus des GHS »

Le financement en sus des GHS, autre volet de la tarification à l'activité, est destiné, quant à lui, à compléter les GHS afin de couvrir les frais de médicaments et de dispositifs médicaux particulièrement onéreux.

iii. Le volet « forfaits annuels »

Viennent enfin compléter ces deux premiers volets, les forfaits annuels, destinés à financer les structures de certaines activités spécifiques :

- Le forfait annuel « Urgences » (FAU) vise à couvrir les charges de structure et de fonctionnement des services d'accueil des urgences autorisées ;
- Le forfait « coordination des prélèvements d'organes » (CPO) est destiné à financer les rémunérations des personnels concernés et les astreintes des infirmières coordinatrices ;
- Le forfait annuel « Greffes » (FAG) tend à rémunérer les frais de coordination, de transport des équipes, de gestion des greffons…

L'ensemble de la réforme du financement des établissements de santé est donc fondé sur un renversement de la logique inhérente au passage de la Dotation Globale à la T2A. Dorénavant,

c'est l'activité produite, décrite sur la base du PMSI qui génère un niveau de recettes et autorise le niveau de dépenses nécessaire à la réalisation de l'activité.

Les objectifs sous-jacents à la T2A visent à :

- Une plus grande médicalisation du financement des établissements de santé ;
- Une plus grande équité entre les établissements, rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent sur la base d'un tarif fixé au plan national ;
- Une incitation à la bonne gestion et à la mise en œuvre de nouveaux modes de régulation des dépenses hospitalières ;
- La suppression des disparités tarifaires non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

1.3.1.2 La fixation des tarifs : entre mécanismes incitatifs et contestations

On retrouve ici une logique ici une logique identique à celle du prix de journée ; ce sont les données issues de la CAH qui permettent de fixer les tarifs. Ce type de tarification de veut incitatif dans la mesure les hôpitaux à fonctionner de manière efficace, c'est-à-dire en minimisant les coûts. En effet, ils ne seront pas remboursés pour des dépenses dépassant le forfait correspondant au cas traité. A l'inverse, ils pourront s'approprier le surplus découlant d'un séjour moins coûteux que le forfait. Pour autant, il peut en résulter une situation de conflit entre le régulateur, qui peut souhaiter que les patients les plus gravement atteints soient traités avec le plus grand soin et les incitations qu'il met en place qui pourraient conduire les hôpitaux à traiter les patients avec une moindre qualité. Cette tarification génère ainsi deux inconvénients :

- Une sélection des patients, en refusant les patients les plus gravement atteints dont le traitement sera probablement plus coûteux ;
- Une réduction de la qualité des soins.

Loin de tomber dans de telles dérives, on observe au final une demande de raffinement de la nomenclature des pathologies afin que les forfaits se rapprochent le plus étroitement de la qualité des cas traités.

Par ailleurs, la fixation des tarifs répond à un processus bien défini qui part des coûts moyens issus de l'ENCC permettent de hiérarchiser les tarifs puis de les ajuster. Il a fait l'objet d'une description détaillée dans le Rapport 2010 au Parlement sur la Tarification à l'Activité.

A partir de la nomenclature des GHM et de l'exploitation des données de coûts de l'ENCC, est calculé un coût moyen par GHM correspondant au même périmètre que les tarifs (par exemple, exclusion des médicaments et dispositifs médicaux implantables de la liste en sus, intégration des charges de structure…). Il s'agit d'une méthodologie classique dans le domaine de la régulation qui privilégie le coût moyen au coût le plus faible. En effet, des prix trop faibles pour couvrir les coûts de certaines prestations pourraient nécessiter des efforts de productivité susceptibles d'affecter négativement l'accès aux soins hospitaliers ou de compromettre la qualité du service, en particulier la diffusion ou le développement de nouvelles technologies. Par ailleurs, l'actualisation de la tarification sur la base d'un nombre suffisant de GHM et une description fine de la réalité de la charge en soins de chaque séjour avec prise en compte d'un indice de gravité, de diagnostics secondaires, de durée permet de nuancer la notion de coût moyen dans la pratique tarifaire. Sur cette base, le calibrage des tarifs est effectué en tenant compte de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) et aboutit à une échelle des tarifs bruts, c'est-à-dire une distribution de la masse financière ainsi prévue en respectant la hiérarchie précédemment établie. Des « torsions » de cette échelle sont ensuite effectuées pour construire des tarifs repères qui tiennent compte des objectifs des plans de santé publique et visent à encourager le développement d'activités telles que la prise en charge du cancer, les soins palliatifs, les activités dites « lourdes », la périnatalité, la chirurgie ambulatoire et l'AVC (campagne 2009 et 2010). Enfin, les tarifs publiés visent à limiter les variations de recettes afférentes aux séjours pour ne pas trop déstabiliser les établissements dont les évolutions suscitées par la politique tarifaire peuvent nécessiter une adaptation sur un plusieurs mois.

En résumé, la fixation des tarifs répond au processus suivant en quatre étapes :

- Hiérarchisation des coûts moyens sur la base de l'ENCC ;
- Tarifs bruts qui tiennent compte des contraintes de l'ONDAM ;
- Tarifs repères qui s'appuient sur les objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives (cancer, soins palliatifs, chirurgie ambulatoire… en 2010) ;
- Tarifs publiés ou de campagne qui prennent en compte les capacités économiques des établissements, en limitant les effets des variations des échelles de tarifs sur leurs recettes.

Cependant, ce financement à l'activité ne couvre pas toutes les dépenses de l'établissement.

1.3.1.3 Des enveloppes qui poussent aussi à la performance

Les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins quantifiables à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). C'est le cas de l'essentiel des missions d'intérêt général (formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support…) non ou mal prises en compte par le PMSI.

Dès la mise en place de la réforme de la T2A, des sources de financement ont donc été maintenues en dehors du principe général de tarification à l'activité. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 instaurant la T2A proposait ainsi d'emblée un système mixte reposant, d'une part, sur un financement à l'activité et, d'autre part, sur le maintien d'une dotation ad hoc, les « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC), destinée à compenser les charges liées à l'accomplissement de certaines missions (Annexe 1). De plus, le périmètre de ces missions évolue ; les deux plus importantes modifications ont consisté à ajouter, en 2009, à la liste des missions d'intérêt général, la prise en charge des patients précaires et la permanence des soins.

Ces MIGAC font l'objet d'une distinction en trois enveloppes :

- Les MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation)
- Les autres MIG (Missions d'intérêt Général) : mission de veille et de vigilance, prises en charge par des équipes pluridisciplinaires, produits d'origine humaine non couverts par les tarifs, prises en charge spécifique, aide médicale urgente…
- Les AC (Aides çà la Contractualisation) : financements ponctuels et temporaires d'aide aux adaptations de l'offre de soins).

Or, il est intéressant de souligner que ces enveloppes ont fait l'objet d'évolutions dans les modalités de leur construction allant dans le sens du pilotage par la performance. Le pilotage de l'enveloppe MIGAC constitue, en effet, un défi majeur pour les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS) dont le pilotage par la performance des dépenses hospitalières est au cœur de leur « feuille de route », comme l'a rappelé Roselyne Bachelot-Narquin le 1er avril 2010 au moment de leur mise en place : « Mieux répondre aux besoins de santé des Français

tout en améliorant l'efficacité des dépenses pour assurer la pérennité de notre modèle républicain de santé, telle est la feuille de route des ARS ».

Au final, la réforme du mode de financement des établissements de santé donne lieu à des modes de financement mixte mélangeant versements forfaitaires et incitations :

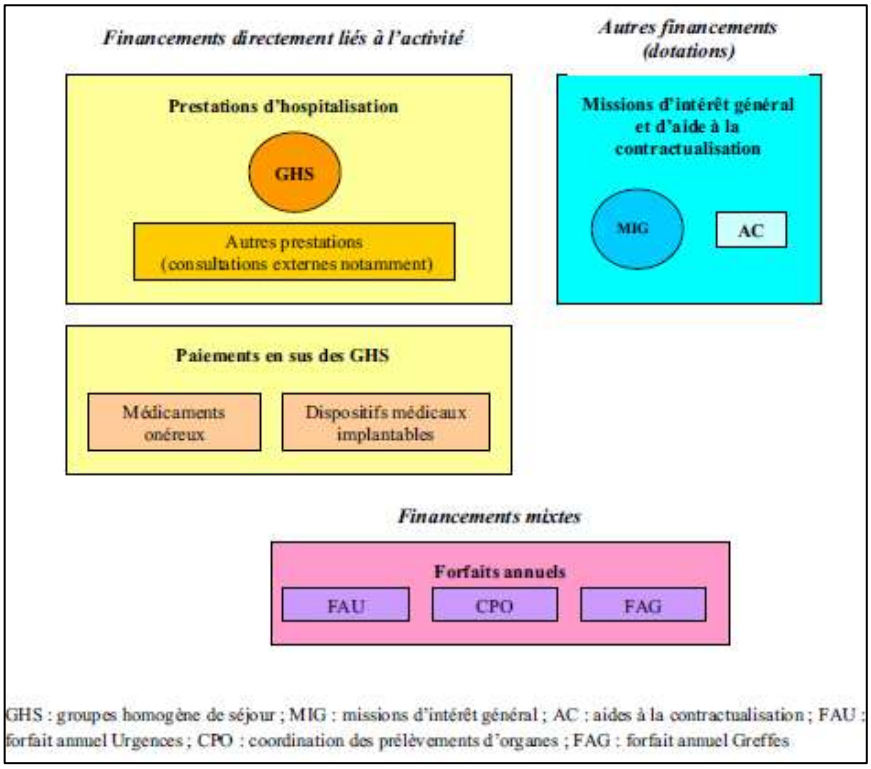


Figure 4 : Le financement des établissements de santé
Source : Commission des finances, d'après le document réalisé par la MT2A intitulé « La tarification des établissements de santé »

Les évolutions connues par les établissements de santé et issues des réformes des modes de de financement se révèlent au final doublement incitatives. Elles introduisent progressivement une logique de performance, laquelle rend nécessaire la construction d'outils de comptabilité analytique et un affinement dans la connaissance des coûts. La question n'est donc plus de savoir pourquoi deux établissements qui ont le même budget ont des performances différentes, mais plutôt pourquoi deux entités qui n'ont pas la même performance reçoivent le même budget ? Une telle vision suggère alors de s'intéresser à la comptabilité analytique hospitalière qui a connu de nombreux raffinement ces dernières années allant dans le sens d'une confrontation coûts/Recettes contribuant à l'émergence d'un pilotage médico-économique.

1.3.2 Une CAH généralisée qui génère de nouveaux outils au service du pilotage médico-économique

Les établissements hospitaliers ont connu une évolution majeure avec le remplacement de la notion de budget par l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, qui va dans le sens de la T2A qui suppose que ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Les établissements (hôpital ou maison de retraite) sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (agence régionale de santé, chambre régionale des comptes...).

Par ailleurs, les établissements peuvent, à leur initiative et sur la base d'une méthodologie qui leur apparaît la plus économiquement justifiée, construire des comptes de résultats analytiques. Si ces derniers s'appuient sur les règles du tronc commun, leur construction en sera d'autant facilitée.

1.3.2.1 Les outils rétrospectifs : l'élaboration d'un diagnostic

Le premier outil de comptabilité analytique ayant fait l'objet d'un effort de modélisation et ce d'autant plus qu'il a été rendu obligatoire est le retraitement comptable. Initialement, le retraitement comptable permettait de calculer la productivité des établissements par champ, en ramenant l'ensemble des dépenses nettes sur leur activité. Avec la T2A et la disparition des points ISA, l'exercice consiste désormais à distinguer les charges relatives aux MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), SSR (Soins de suite et de Réadaptation), Psychiatrie, HAD (Hospitalisation à Domicile), Urgences, ayant été financées par l'assurance maladie de celles à la charge des assurés et non assurés sociaux. L'harmonisation progressive des règles du retraitement comptable avec celles de l'ENCC permet d'inscrire cet exercice comme une première étape vers la comptabilité analytique.

Pour autant, les informations obtenues permettant notamment de mener les études nécessaires à l'évolution du dispositif de financement des établissements, cet outil souffre d'un manque d'utilisation en interne. D'autres outils ont donc été proposés aux établissements parmi lesquels des outils permettant de poser un diagnostic sur la performance d'un pôle et permettant une contractualisation interne par une aide à la quantification des objectifs formulés en activité et en moyens, ainsi qu'une aide à l'analyse de la performance.

– Le Compte de Résultat Analytique (CREA) évalue l'équilibre économique du pôle, en confrontant ses dépenses directes et induites avec ses recettes générées par son activité ; il restitue donc une image de la performance financière (flux de recettes / dépenses) sur la période considérée mais repose sur des arbitrages qui peuvent influencer son interprétation. Il ne permet pas de connaître les inducteurs de cette performance mais seulement de les constater *posteriori*.

– Le Tableau Coût Case Mix (TCCM) rapproche les dépenses directes et induites du pôle avec les dépenses d'un pôle fictif de référence composé d'un case mix identique, les coûts de référence sont issus de l'ENC. Les objectifs poursuivis consistent à déceler les « anomalies » dans la structure des coûts du pôle, analyser des coûts unitaires (par le gestionnaire, analyser des volumes consommés (par le médecin, mais aussi poser un diagnostic sur l'organisation interne (interrogations sur les processus, les interfaces, sur l'organisation générale de l'établissement). Le but n'est donc pas d'atteindre le coût moyen de référence mais de comprendre les écarts.

– Le Compte de Résultat et d'Objectif (CREO), dernier né des outils de comptabilité analytique hospitalière, consiste à tarifer les prestations aux sections d'analyse cliniques non pas sur les coûts de production mais à un coût d'objectif de manière à ce que les pôles cliniques « achètent » des prestations à un niveau de prix fixé par la direction. Il s'agit donc d'un outil d'appréciation de la performance des sections d'analyse de logistique médicale et de logistique et de gestion générale.

– L'ensemble de ces outils s'inscrit dans un projet de gestion au service de la politique de l'établissement et d'une démarche de décentralisation de gestion et de contractualisation sur des objectifs d'activité et de consommations de ressources. S'ils créent un langage de gestion commun à l'ensemble des acteurs, ils ne sont pas pour autant un objectif en eux-mêmes.

Certaines questions doivent donc être posées :

– Dans quelles conditions les hôpitaux s'approprient-ils ces outils ? Cette appropriation est-elle la même pour tous les acteurs dans les hôpitaux ?

– Les outils envisagés sont-ils faciles à élaborer ? Que supposent-ils sur la disponibilité des données nécessaires et sur les systèmes d'information existants ?

– Quelle tactique adopter pour une direction par exemple ou un responsable médical de pôle excédentaire dans un établissement déficitaire ? Peuvent-ils être la source d'une politique d'intéressement ?

– Quel type de décision permettent-ils de prendre?

Ainsi l'étude des coûts a été considérablement affinée grâce à des outils ayant fait l'objet d'une vraie réflexion méthodologique en vue du déploiement dans les établissements et permet une analyse rétrospective et un diagnostic de la situation financière des pôles. Parallèlement, les établissements sont tenus de procéder à une évaluation prospective de leurs recettes et de leurs dépenses.

1.3.2.2 Un outil prospectif : l'EPRD et le suivi au fil de l'eau

Les problématiques actuelles en matière de comptabilité s'inscrivent dans notre réflexion quant à une transposition des techniques issues de la sphère privée. L'obligation faite aux établissements de réaliser un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) apparaît comme un substitut au budget et constitue à la fois un acte de prévision et d'autorisation des dépenses sur la base d'une prévision d'activité.

Si la validation de l'EPRD est effectuée par l'ARS, la méthodologie est laissée à l'appréciation de l'établissement. Toute la difficulté repose alors sur l'élaboration de prévisions d'activité fiables et réalistes. La comptabilité analytique même la plus fine ne saurait répondre à une telle difficulté, elle permet simplement de fiabiliser les prévisions de dépense.

Une fois construit, elle permet toutefois de suivre au fil de l'eau l'écart entre le niveau réalisé et le niveau prévu, et donc d'ajuster en conséquence le résultat prévisionnel mais aussi entreprendre des actions de correction.

Le rapport Larcher propose en outre de mettre en place une procédure de certification des comptes des hôpitaux pour plus de transparence et de responsabilisation ; il est ainsi indispensable de disposer d'une comptabilité fiable, conforme aux référentiels comptables, et sincère. La mise en place d'une certification apparaît comme une nécessité dans la mesure où l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a souligné que l'EPRD n'avait pas mis fin aux procédures comptables irrégulières.

Conclusion du chapitre 1

L'objectif de ce premier chapitre vise à décrire les outils de comptabilité analytique dont disposent les établissements hospitaliers en adoptant une démarche positive. A travers cette description, il ressort une première conclusion intéressante qu'est celle d'un aller-retour entre les méthodes de calculs de coûts et leur lien avec les modes de financement : les outils de comptabilité analytique (PMSI et ENCC) sont le support à de nouvelles modalités de financement (T2A) qui elles-mêmes génèrent de nouveaux outils (TCCM en vue de l'analyse de la performance et CREA dans une perspective d'analyse de la rentabilité et d'allocation des moyens).

L'ensemble des outils de comptabilité analytique doivent donc être positionnés au regard des modes de financement et d'organisation imposés par la tutelle aux établissements de santé.

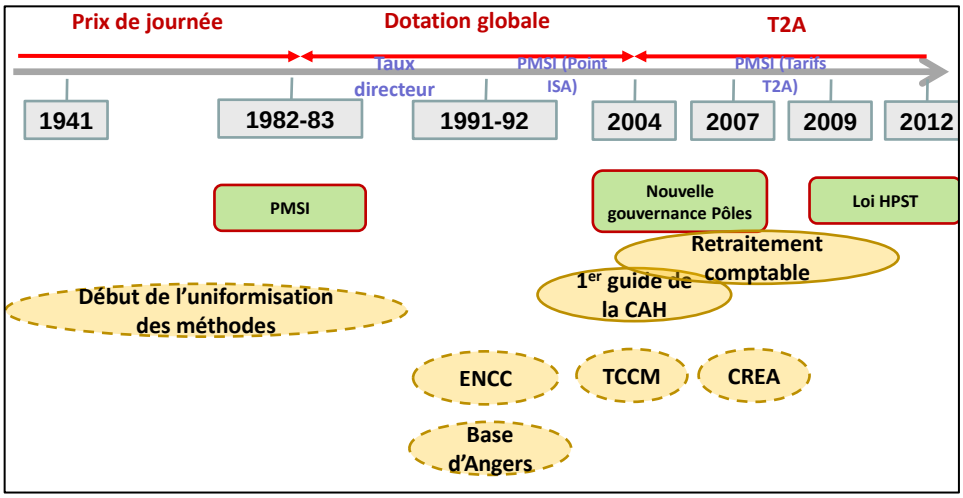


Figure 5 : Modes de financements, nouvelles organisations et outils de comptabilité analytique hospitalière

Il en résulte une question quant à l'utilisation qui doit être faite de tels outils en interne ; s'agit-il uniquement de « rendre-compte » soit au niveau de la direction pour les pôles, soit à la tutelle pour les établissements ou de piloter ?

Pour l'heure, si l'on en restait là, ces outils demeurent à finalité essentiellement budgétaire sans impact réel sur les organisations puisque essentiellement descriptifs et / ou tournés vers l'analyse du passé. Un certain nombre de questions demeurent. Quelle appropriation par les acteurs autres que les gestionnaires sur le terrain et dont on se doute que tous ne sont pas préoccupés par les seuls enjeux budgétaires et financiers ? Comment prendre en compte la

dimension qualitative de certaines activités ? Comment évaluer les organisations ? Un établissement de santé peut-il piloté au regard du seul critère de rentabilité ?

Si on s'arrêtait là, ce n'est que de la comptabilité analytique hospitalière, avec un degré de complexité certain, traduisant des efforts pour intégrer la logique médicale mais sans certitude quant à leur appropriation par les acteurs hospitaliers quels qu'ils soient. C'est toutefois une matière première précieuse à travailler et qui reflète un certain nombre d'attentes en termes de performance et de pilotage médico-économique.

Autrement dit, dans notre démarche de construction de l'hypothèse c'est la question du passage de la comptabilité analytique au contrôle de gestion que nous posons.

Au final, l'avènement de l' « hôpital entreprise », redouté par le corps médical et soignant est loin d'être une réalité et ne fait d'ailleurs pas l'objet d'un consensus en tant qu'objectif à atteindre, y compris du point de vue de la tutelle et des gestionnaires hospitaliers conscients de la spécificité de l'activité de l'hôpital et des défis auxquels doit répondre le système de santé français. Pour autant, certaines techniques ou démarches ont été empruntées au monde de l'entreprise pour être utilisées dans le cadre des organisations hospitalières, nous en avons cité quelques une. Aussi, bien qu'ayant souligné le non alignement des outils de la sphère publique à partir des seuls outils du secteur industrielle et privé, un détour par la littérature nous permet de comprendre l'évolution des modèles et instruments du contrôle de gestion en vue de dépasser la seule comptabilité analytique et mesurer ainsi les marges d'évolution qui s'offre au secteur hospitalier public voire aux organisations de santé de manière moins spécifique.

Chapitre 2. Modèles et instruments du contrôle de gestion : du pilotage de la performance à l'action collective

2.1 Eléments de définition : de l'allocation des ressources au pilotage de la performance 82

2.1.1 Le contrôleur de gestion : technicien ou manager ? 82

2.1.1.1 La diversité des interventions du contrôleur de gestion 83

2.1.1.2 Les outils du contrôleur de gestion 84

2.1.2 Le contrôle de gestion comme processus de management 86

2.1.2.1 Quelle finalité : entre décision et délégation de gestion 87

2.1.2.2 Performance et stratégie : une carte du management..... 89

2.2 La dimension humaine du contrôle de gestion source de difficultés 91

2.2.1 Les problèmes humains et les biais qu'ils induisent dans la gestion budgétaire 92

2.2.1.1 Les problèmes humains inhérents à la pratique budgétaire 92

2.2.1.2 Le « slack organisationnel » comme source de biais budgétaires 93

2.2.2 Un contrôle de gestion sociale : du pilotage de la performance à la dynamique de l'action collective 93

2.2.2.1 Les ressources humaines : une « technologie invisible » qui impose une « mise sous tension » de l'organisation 94

2.2.2.2 Entre maîtrise des coûts cachés et pilotage de la performance : l'émergence du contrôle de gestion sociale 95

Conclusion du chapitre 2 97

Pour bien comprendre ce qu'est, ou devrait être, le contrôle de gestion appliqué au secteur public hospitalier, il nous semble légitime de s'interroger de manière générale sur ses finalités et les outils et méthodes dont il dispose pour y parvenir. Pour ce faire, nous recourons aux définitions données par les auteurs dans le cadre de de la littérature en management que nous confrontons aux pratiques et missions confiées au contrôleur de gestion sur le terrain.

Ainsi, les premières méthodes de contrôle de gestion sont issues des expériences menées dans le secteur privé. La définition du métier de contrôleur de gestion, telle que donnée par l'Agence Pour l'Emploi des Cadres (APEC), constitue une référence en la matière. « Le contrôleur de gestion fournit à sa direction le résultat de ses analyses économiques et financières, nécessaires au pilotage opérationnel et stratégique de l'entreprise ou de la division à laquelle il est rattaché. En cela, il accompagne le responsable opérationnel dans la gestion de l'activité et la prise de décision ».
Au regard de cette définition, le contrôleur de gestion doit donc maîtriser plusieurs types de compétences, dont deux essentiellement :
– Des compétences techniques : la maîtrise des outils informatiques de gestion de type tableurs, bases de données, ou encore ERP (Enterprise Ressource Planning) nécessaires à l'exercice du contrôle de gestion. Une bonne culture comptable, parfois acquise en entreprise, est de plus nécessaire pour faciliter les nombreux échanges avec les services concernés ;
– Des qualités personnelles : la fonction exige autant de « savoir-faire » que de « savoir-être ». Dans sa quête d'informations, le contrôleur de gestion est, en effet, quotidiennement tourné vers les opérationnels et vers les comptables. Sa curiosité, son esprit critique et de synthèse en font un interlocuteur de choix pour la mise en lien des problèmes et de leurs solutions. Aussi, sa disponibilité et sa forte capacité de travail sont souvent mises à contribution. Une exigence qui fait appel à ses capacités d'organisation et de planification.

La mise en évidence de cette double compétence résulte d'une évolution de la doctrine qui introduit progressivement la question d'un contrôle stratégique et le nécessaire lien avec le niveau opérationnel et les dynamiques organisationnelles. En partant de cette définition du métier de contrôleur de gestion, nous souhaitons positionner notre réflexion en articulant l'analyse des pratiques au regard des références théoriques les plus pertinentes. Aussi, nous partons du constat des mutations importantes que connaît le contrôle de gestion depuis quelques années qui modifient le positionnement de cette pratique dans les organisations (le contrôle de gestion n'étant pas réservé aux seules entreprises privées) mais aussi dans le monde académique.

Le contrôle de gestion a fait l'objet de nombreuses recherches. Il en résulte une littérature riche et abondante. Notre ambition étant d'analyser le concept de contrôle de gestion en vue de l'appliquer au cas particulier de l'hôpital, voire plus largement au système de santé, il est important de bien saisir les notions sur lesquelles il s'appuie. A l'inverse, la recherche en gestion dans le domaine de la santé reste encore peu développée et mériterait d'être davantage formalisée, valorisée et ouverte à l'internationale. Nous proposons donc une synthèse des publications portant plus particulièrement sur certains points du contrôle de gestion, de ses outils traditionnels mais aussi des thématiques qui lui sont corrélées en prenant en compte les aspects comportementaux du contrôle budgétaire et donc la dimension humaine du contrôle de gestion.

L'enjeu est double. De manière pratique, il vise à amener progressivement les professionnels, qu'ils soient gestionnaires ou médicaux à prendre conscience des écueils du contrôle de gestion tel qu'il existe aujourd'hui à l'hôpital et à renforcer la culture gestionnaire. A l'inverse notre position de chercheur nous invite à revisiter les cadres théoriques et conceptuels proposés par la littérature en management au regard des résultats obtenus tout au long de notre recherche.

Nous positionnons ainsi notre revue de littérature au sein d'une relation dialectique existante entre des techniques de gestion et leur domaine d'application. Tout l'enjeu de notre analyse des éléments théoriques repose ainsi sur un principe qui vise à resituer la technique dans son contexte économique et social (Burlaud et Simon, 2008).

Les éléments traditionnels de définition du contrôle de gestion insistent davantage sur sa finalité en tant que technique au service de la stratégie (2.1). Pour autant, à mesure que l'on progresse vers un contrôle de gestion stratégique en lien avec les dynamiques organisationnelles, son caractère technique laisse place à des questions quant à la problématique des ressources humaines (2.2).

2.1 Eléments de définition : de l'allocation des ressources au pilotage de la performance

Le contrôle de gestion est né au début du XXème siècle dans les grandes entreprises nord-américaines caractérisées par une organisation du travail dite « taylorienne ». Plus précisément, la naissance du contrôle de gestion est attribuée par la plupart des auteurs (Bouquin 1994, Johnson et Kaplan 1987, Chandler, 1977) au modèle développé par Sloan à la General Motors. Les premières réflexions menées au sein du groupe Du Pont, qui à l'époque contrôlait la General Motors, insistaient sur le principe de délégation comme fondement essentiel du contrôle. Dans les années 1920, Donaldson Brown et Albert Bradley passés de la Du Pont Company à General Motors vont implanter dans l'entreprise dirigée par Alfred Sloan des méthodes de contrôle jusqu'ici inconnues dans l'industrie automobile.

L'histoire du contrôle de gestion débute donc avec la mise en œuvre de pratiques visant à décentraliser la gestion courante sans perte de contrôle sur la base d'une redistribution des responsabilités au sein de l'entreprise. Cependant, il faut attendre les années 1960 et la publication des premiers ouvrages pour que les méthodes issues de ces pratiques soient conceptualisées et constituent le cadre de référence théorique support à l'émergence de la doctrine du contrôle de gestion.

2.1.1 Le contrôleur de gestion : technicien ou manager ?

Le contrôle de gestion connaît depuis quelques années des mutations importantes. L'évolution du nom de la discipline vers la mesure et le pilotage de la performance (Demesteere et Lorino, 2003) atteste de ces nouveaux enjeux. En conséquence, les champs de compétences des professionnels s'élargissent, qu'il s'agisse du contrôleur de gestion bien sûr mais aussi du manager, et appelle des méthodes innovantes et des outils performants. L'enjeu réside bien dans la crédibilité du pilotage qui doit aussi permettre à ces deux acteurs de se concentrer davantage sur les activités d'ingénierie organisationnelle. Parallèlement, le contrôle de gestion doit se dégager de pratiques de contrôle standardisées qui ne permettent pas aux entreprises et aux organisations d'appréhender et de maîtriser les leviers de la création de valeur. Nous abordons ces deux éléments en commençant par une définition quant au métier de contrôleur de gestion à travers l'évolution de ses missions et des outils dont il dispose pour les assurer.

2.1.1.1 La diversité des interventions du contrôleur de gestion

La compréhension des finalités du contrôle de gestion peut être appréhendée à travers le double sens du mot « contrôle », *to control* en anglais : vérifier ou maîtriser ?

- Vérifier implique de s'assurer que les processus analysés produisent des résultats conformes à une norme (on parlera de contrôle fiscal, de contrôle qualité par exemple) ;
- Maîtriser implique de faire référence à un objectif, et non une norme, en vue de mettre en œuvre les ajustements nécessaires pour que les événements se déroulent efficacement et permettent l'atteinte de l'objectif.

L'expression « contrôleur de gestion » est donc porteuse d'ambiguïtés dans les discours et les pratiques. Cette ambiguïté avait été soulevée dès 1930 et l'invention du mot *budgetary control* qui fait partie du panel de techniques que doit détenir le contrôleur de gestion. La nuance n'est pas anodine, elle conditionne la façon dont le contrôle de gestion est perçu et utilisé dans les organisations et donc les missions qui lui reviennent (Berland, 2004).

Elle nous amène aussi à analyser la position de plusieurs acteurs, le contrôleur de gestion et le manager. Il s'agirait donc d'une part de « vérifier », ce que fait le contrôleur de gestion et d'autre part, d'avoir le contrôle, ce que recherche le manager. La question qui se pose est donc de savoir si le contrôle de gestion est ce que fait le contrôleur de gestion ou la finalité du processus qu'il conduit ?

En synthèse, cela ne signifie pas que le contrôleur de gestion soit un manager. Il ne prend pas (ou ne devrait pas prendre) de décisions à la place du manager. Il doit l'assister dans sa mission en agissant comme un conseiller pour prendre les bonnes décisions, orienter les comportements et mettre en œuvre la stratégie.

Ainsi, nous résumons le rôle du contrôleur de gestion à travers la réponse à la question suivante : « Qui utilise le contrôle de gestion ? ». Il est d'abord utile aux managers et aux décideurs, mais c'est un système complexe qui nécessite un professionnel, le contrôleur de gestion. C'est donc un conseiller. Pour autant, les choses ne sont pas si simples. Les cas peuvent différer selon les organisations, qu'il s 'agisse :

- Du style de management : est-il centralisé ou décentralisé ? Est-il davantage quantitatif ou qualitatif ?

– De la stratégie, dont le marketing nous enseigne qu'elle peut dépendre du cycle de vie du produit, de la position concurrentielle…
– De l'histoire de l'entreprise qui aura fait perdurer ou non les anciens modèles et s'appuie sur un responsable du contrôle de gestion qui contribue à impulser une certaine vision du contrôle de gestion.

Pour autant, l'organisation elle-même conditionne la place et le rôle du contrôle de gestion, comme on peut le déduire de l'analyse de Mintzberg (1982) sur laquelle nous ne revenons pas dans le détail[7].

Finalement, face à de tels facteurs de contingence, le profil du contrôleur de gestion pour assurer la diversité des interventions auxquelles il doit faire face, peut être synthétisé à travers les compétences suivantes : ouverture sur l'opérationnel, compétences comptables et financières, capacité au diagnostic et à la modélisation, maîtrise des techniques d'animation, de communication, voire de pédagogie.

Les compétences nécessaires au contrôleur de gestion vont donc bien au-delà des outils traditionnels dont il dispose. Pour autant ils sont le support à l'action du contrôleur de gestion et leur évolution atteste toutefois de ce changement progressif de la doctrine comme de la pratique, évolution que nous souhaitons donc aborder pour retenir une définition complète.

2.1.1.2 Les outils du contrôleur de gestion

Le contrôle de gestion a recours à l'instrumentation, c'est-à-dire une combinaison d'outils qui s'articule autour de trois approches traditionnelles du contrôle de gestion : le calcul des coûts, la gestion budgétaire et l'élaboration des tableaux de bord. Ces outils ont souvent tendance à se superposer sans forcément constituer un ensemble homogène. Ces nouveautés n'ont pas le même poids et sont souvent interprétées différemment selon les acteurs les entreprises. La description des principales méthodes du contrôle de gestion en les replaçant dans leur contexte d'utilisation permet aussi de mieux en apprécier les limites.

[7] Nous renvoyons le lecteur à la lecture des travaux d'Henry Mintzberg qui distingue cinq composantes pour décrire l'organisation (le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique) et 5 configurations types (la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnelle et l'adhocratie).

Les outils les plus classiques sont les méthodes de calcul de coûts permises par la comptabilité analytique, les budgets et le reporting puis les centres de responsabilité permettant la délégation de gestion et la contractualisation interne. Or ces premiers outils font l'objet d'un certain nombre de remises en cause qui plaident en faveur de nouveaux outils privilégiant un décloisonnement de la structure et la prise en compte d'indicateurs autres que financiers.

Elles donnent ainsi naissance à de nouveaux outils au premier rang desquels la méthode ABC (Activity Based Costing) développée à la fin des années 1980 qui propose un type de comptabilité de gestion fondé, non plus sur les centres d'analyse et la répartition des charges indirectes, mais sur l'idée qu'il est possible de rattacher une grande partie des charges indirectes à des causes précises. Les charges reliées à une telle cause sont dites traçables sur la base d'une représentation de l'entreprise autour des notions d'activité et de processus. Le tableau de bord est aussi revisité pour intégrer des indicateurs non financiers donnant ainsi naissance au tableau de bord équilibré et prospectif (Kaplan et Norton, 1987).

Nous avons déjà présenté certains outils du contrôle de gestion, dans la mesure où les hôpitaux ont adapté les outils issus de la comptabilité analytique donnant ainsi naissance à la comptabilité analytique hospitalière. Nous remarquons simplement un décalage dans le temps, ces outils n'ayant pu être adaptés au cas hospitalier qu'à partir du moment où une définition du produit hospitalier a pu être formalisée en termes quantitatifs avec le PMSI notamment.

Les principaux outils de comptabilité de gestion sont nés au fur et à mesure que les finalités du contrôle de gestion évoluaient.

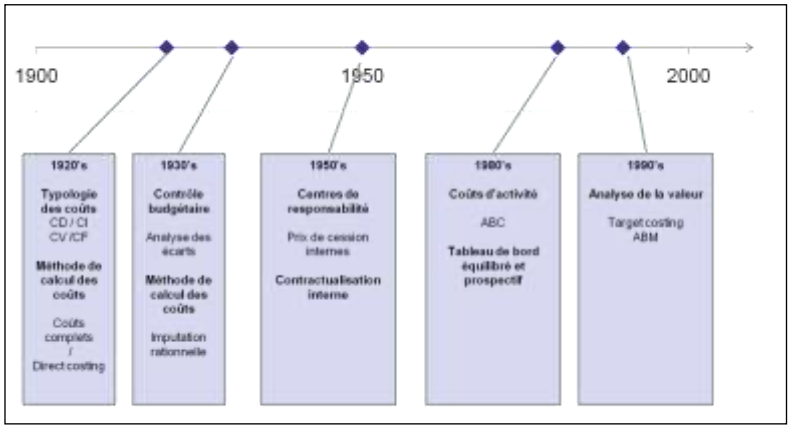


Figure 6 : Les outils classiques du contrôle de gestion

Longtemps ces outils ont été centrés autour de la notion de coûts. Pour autant, certains d'entre eux n'apparaissent pas tels quels dans ces outils et sont révélateurs des limites de la seule comptabilité de gestion. Ils peuvent être appréhendées à travers la notion de coûts cachés mise en évidence par Savall (1991) ; il s'agit d'identifier les dysfonctionnements générateurs de coûts non intentionnellement cachés mais invisibles car non calculés. En d'autres termes, ils font bien partie des charges de l'organisation mais ne sont pas isolés et identifiés. Ceci nous amène à nous interroger sur le champ d'application des coûts ; il s'agit habituellement du produit (bien ou service) ou encore du centre de responsabilité en lien avec l'organigramme. A travers cette notion de coût caché, l'enjeu repose sur la mise en évidence de coûts relevant d'une responsabilité collective qui, une fois reconnus et maîtrisés, pourraient générés des gains de productivité. On retrouve bien ici la notion de maîtrise comme élément clé de définition du contrôle de gestion.

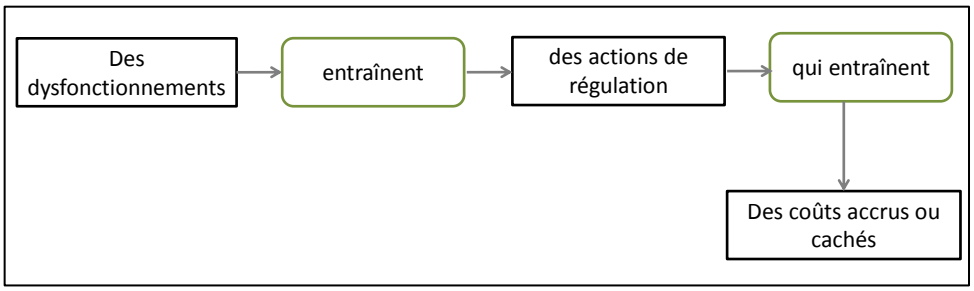


Figure 7 : Des dysfonctionnements aux coûts cachés.

Au-delà de la simple rhétorique, et outre l'ouverture à d'autres organisations du contrôle de gestion, nous souhaitons insister sur les enjeux qui résultent du passage de la comptabilité analytique au contrôle de gestion. Ce dernier ne peut donc être considéré du seul point de vue de ses outils et doit être défini de manière plus autonome, sans se limiter ni au travail du contrôleur, ni aux outils qu'il utilise, ce qui suppose plutôt de le définir par rapport à ses finalités.

2.1.2 Le contrôle de gestion comme processus de management

Nous avons jusqu'ici défini le contrôle de gestion à travers les missions imparties au contrôleur de gestion, ce dernier remplissant un rôle de conseiller dans une perspective d'aide à la décision. Ceci nous amène aussi à repenser la définition du manager sur la base de la réflexion d'Ansoff (1965) qui, dans le contexte d'un environnement de plus en plus imprévisible, donne

un rôle nouveau au manager devant développer un diagnostic anticipé de l'environnement et non attendre de constater les changements. Cette idée va dans le sens d'un principe de réactivité.

Le tableau de bord est probablement l'outil le plus complet et le plus à même de contribuer au processus de management au sens large, qu'il s'agisse de la prise de décision ou de son éventuelle déclinaison en interne qui implique des délégations de gestion. Quoi qu'il en soit, l'horizon temporel évolue, il ne s'agit plus seulement d'analyser le passé (au sens de vérifier) mais de piloter la performance (au sens de maîtriser) ce qui suppose une anticipation de l'action.

2.1.2.1 Quelle finalité : entre décision et délégation de gestion

Anthony (1965) est le premier à définir le contrôle de gestion comme « le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour réaliser les objectifs de l'organisation ». Cette vision, qualifiée de comptable, a été revue par l'auteur lui-même à l'occasion de la réédition de son ouvrage en 1988 ; le contrôle de gestion est désormais défini selon une approche plus sociologique de l'organisation, il est en effet « le processus par lequel des managers influencent les autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de cette organisation ».

Dès les années 1965, le contrôle de gestion est associé à la problématique stratégique avec l'émergence de la planification stratégique ayant pour objet la détermination des objectifs de l'organisation et l'ajustement des ressources dans l'atteinte de ces objectifs. Or, la prise en compte des préoccupations stratégiques amène tout naturellement ces auteurs à s'interroger au lien entre un contrôle de gestion à finalité stratégique et l'organisation ; Anthony (1965) définit alors le contrôle organisationnel comme « le processus consistant à s'assurer que les tâches spécifiques sont exécutées avec efficacité et efficience » (1965).

Simons va plus loin 1995 : « Les processus et les procédures fondés sur l'information que les managers utilisent pour maintenir ou modifier certaines configurations des activités de l'organisation ».

L'évolution des tableaux de bord dans les outils du contrôle de gestion confirme la diversité des objectifs assignés au contrôle de gestion. Longtemps, l'objectif de simple vérification a dominé et a donc contribué à assimiler les tableaux de bord et la logique de reporting interne ; les indicateurs sont essentiellement financiers et le contrôle de gestion centralisé. Le développement des nouvelles approches, notamment celles centrées sur les processus et activités a conduit à l'émergence d'un contrôle de gestion centré sur des problématiques relatives aux actions de maîtrise de l'évolution des organisations et de la performance. Au final, il en résulte deux conceptions du tableau de bord :

- Un tableau de bord en tant que base de données, implémenté à partir de données rétrospectives mais à des fins de prise de décision par la direction générale ;
- Un tableau de bord au service de la délégation afin d'aider chaque responsable dans sa prise de décision et permettre le suivi de l'exercice de cette délégation.

A travers ces premiers éléments de définition, nous souhaitons dépasser la vision restrictive mais largement répandue qui réduit le contrôle de gestion à une « boite à outils » ; or plus qu'un ensemble d'outils et de méthodes, le contrôle de gestion est avant tout un système de régulation des comportements dans une organisation, ce que synthétise parfaitement Bouquin à travers les missions imparties au contrôle de gestion en tant qu'élément de déclinaison de la stratégie, objet de modélisation des relations entre ressources et finalités et moyen d'orientation des comportements d'acteurs autonomes (1997).

Les définitions les plus récentes dépassent alors la seule dimension stratégique pour adopter une vision plus complète que celle du pilotage de la performance. A travers ces premiers éléments de présentation de la doctrine et des outils du contrôle de gestion nous ne prétendons pas être exhaustifs, nous souhaitons plus particulièrement insister sur le statut de l'outil de gestion en tant qu'instrument de contrôle de gestion. Or, même si ces premières définitions insistent sur la notion de processus, un tel modèle du contrôle de gestion semble réduit à une représentation séquentielle du fonctionnement de l'organisation dans laquelle la décision précède l'action et la planification l'exécution. Ce constat nous amène à présenter les travaux de Lorino (2002) qui plaide en faveur d'un rapprochement des temps de la décision et de l'action et appelle ainsi à analyser non plus une séquence discrète d'événements individualisés et instantanés tels qu'une décision ou une transaction mais le déroulement du processus dans la durée.

Outre les définitions, en pratique, le contrôle de gestion connaît depuis quelques années des mutations importantes. L'évolution du nom de la discipline est à la mesure de ces nouveaux enjeux. Les professionnels parlent ainsi de plus en plus souvent de « mesure et pilotage de la performance ». Derrière cette évolution se cachent de profondes transformations, où la fonction elle-même et son intégration au processus de management jouent un rôle de plus en plus stratégique. Aussi notre réflexion propose de sortir de la simple description d'outils au profit d'une démarche plus active de construction d'outils de contrôle de gestion et d'aide à la décision dans le cadre d'une approche systémique englobant la stratégie, la décision, l'organisation et donc le management.

2.1.2.2 Performance et stratégie : une carte du management

Après avoir essentiellement considéré des informations financières, les tableaux de bord intègrent progressivement des indicateurs plus diversifiés, qu'ils soient quantitatifs, physiques, qualitatifs. L'approche de Kaplan et Norton (1996) s'inscrit dans cette évolution en connectant le tableau de bord avec le contrôle stratégique de l'entreprise. Outre l'axe financier, il s'agit d'intégrer des indicateurs relatifs à trois autres axes d'analyse : l'axe client, l'axe processus et l'axe apprentissage. La logique de comptabilité de gestion sous-jacente consiste donc à aider les managers à piloter cette logique en quatre niveaux. Il s'agit d'informer sur la rentabilité, sur les contributions apportées par les clients et les produits, sur les coûts et les performances des processus internes et être au service du personnel, dont on attend des progrès continus, et qui fondent la pyramide de la rentabilité ainsi décrite.

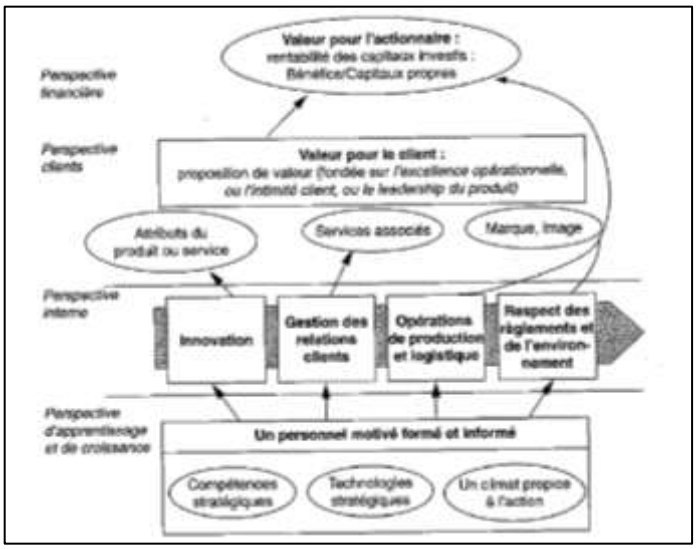


Figure 8 : Une carte du management selon Kaplan et Norton (2001)

La performance dépend alors de deux conditions :

- La capacité à définir une offre pertinente pour les clients qu'elle vise et à réunir et organiser les ressources humaines, techniques et organisationnelles requises ; on parlera de modèle stratégique ;
- La capacité à mettre en œuvre ce modèle stratégique dans des conditions économiques qui dégagent une rentabilité suffisante, donc à maîtriser ses coûts, ses financements et ses besoins de financement : on parlera de modèle financier.

L'objectif n'est donc plus de rendre compte mais de traduire un certain nombre d'évolutions des caractéristiques internes à l'origine de la performance. L'enjeu est ainsi de permettre aux responsables d'anticiper la prise de décision sans attendre le résultat des réactions de l'environnement au travers des seuls indicateurs financiers. La nature du tableau de bord n'est donc plus seulement comptable et financière mais technique. Il ne s'agit plus seulement de faire le point sur la situation acquise mais bien de suivre des indicateurs jugés prédictifs, c'est-à-dire capable de signaler de probables évènements futurs afin d'agir avant de les subir (Bouquin, 1997).

De cette réflexion tournée vers la prospective, il en ressort que le contrôle de gestion semble devoir s'appuyer sur des outils de contrôle de gestion maîtrisés ; il doit ensuite être mis en relation avec la stratégie poursuivie par l'établissement. L'hypothèse formulée par Bouquin (1997) peut ainsi être analysée; face au contrôle de gestion réactif, « introverti », de surveillance il existe un contrôle de gestion proactif, extraverti qui est une partie clé du processus d'émergence et de construction de la stratégie. Le vocable de « contrôle de gestion stratégique » est significatif ; il ne désigne pas celui qui intéresse les managers officiellement en charge des choix stratégiques mais celui qui s'applique aux opérations en soulignant l'importance d'insuffler le souci de la stratégie aux comportements des opérationnels. Dès lors, l'objectif est d'améliorer le processus de prise de décision dont l'une des défaillances peut être appréhendée à travers les « décisions absurdes », concept mis en évidence par Morel (1981) et Janis (1950), où la décision semble être dépourvue d'objectifs et n'a pour but que l'action elle-même sans aucun principe de cohérence. Cette défaillance peut-elle être rapprochée d'un manque d'instrument ?

Le contrôle de gestion en tant qu'outil d'aide à la décision doit donc pouvoir s'appuyer sur une structure facilitant la rencontre des erreurs, des problèmes et des solutions de façon adéquate et rapide ce qui évoque des modes de décision de type « garbage can » définis par March,

Olsen et Cohen (1972). C'est là aussi une nouvelle finalité du contrôle de gestion qui contribuera ainsi à remplir son rôle de conseiller vis-à-vis du manager.

Au final, l'ensemble des auteurs s'accordent pour dire que le contrôle de gestion est la tâche du manager assisté d'un professionnel, le contrôleur de gestion. Faire du contrôle de gestion est donc un acte de management et le contrôleur de gestion y participe au même titre que tous les autres dispositifs de management.

Pour autant certains auteurs semblent remettre en cause cette conclusion en pratique à travers l'exemple des entreprises française (Berland, 2011). Deux raisons principales sont avancées :

- Un champ d'action du contrôle de gestion semble privilégier la budgétisation et la réalisation du reporting et des tableaux de bord plutôt que la planification opérationnelle et la planification stratégique ;
- Une faible implication dans l'établissement des plans à long terme et très faible couplage des préoccupations de planification avec les questions de ressources humaines.

Ces deux points nous semblent particulièrement importants à discuter tant ils s'intègrent dans les problématiques de l'hôpital, dont le fonctionnement évolue dans un contexte de contrainte budgétaire de plus en plus forte et dont les personnels constituent la principale ressource et détiennent un pouvoir déterminant face aux gestionnaires.

2.2 La dimension humaine du contrôle de gestion source de difficultés

Les dimensions humaines et sociales du contrôle de gestion peuvent être appréhendées selon plusieurs points d'entrée. En premier lieu, la gestion budgétaire constitue l'un des grands domaines d'activité du contrôle de gestion et rythme la vie de nombreuses organisations (dont l'hôpital est peut-être l'une des organisations où elle est la plus prégnante et la plus génératrice de tensions). De manière générique, il en résulte une problématique autour des effets induits de la gestion budgétaire sur les comportements ou les relations de travail. Plusieurs styles de management peuvent être instaurés face à cette première problématique et tout particulièrement la participation, ses liens avec la motivation et son influence sur la satisfaction au travail et la performance.

Dans un souci d'exhaustivité, les dimensions humaines du contrôle de gestion doivent donc être appréhendées du point de vue négatif en lien avec le contrôle budgétaire mais aussi comme garant de la performance organisationnelle, dans une même perspective de passage de la vérification à la maîtrise.

2.2.1 Les problèmes humains et les biais qu'ils induisent dans la gestion budgétaire

Les premiers écrits sur les dimensions comportementales de la gestion budgétaire font état d'une influence négative des budgets sur les relations au travail. A l'inverse, le budget offre des zones d'incertitude dont peuvent s'emparer les acteurs mettant en lumière de possibles biais budgétaires (Naro, 1998).

2.2.1.1 Les problèmes humains inhérents à la pratique budgétaire

Les travaux pionniers d'Argyris (1952) partent de l'idée selon laquelle si le budget est un élément neutre en soi, l'utilisation que l'on en fait peut être source de tensions et de dysfonctionnements. Quatre types de problèmes peuvent apparaître :

- La pression budgétaire peut conduire les employés à s'unir contre le management et être révélatrice de tensions et donc d'agressivité et d'un manque d'efficacité ;
- Les contrôleurs budgétaires peuvent se focaliser sur la seule dénonciation des fautes des opérationnels ;
- L'utilisation des budgets comme « aiguillon » conduirait les agents de maîtrise à ne s'intéresser qu'aux seuls problèmes de leur département et non à l'usine dans son ensemble ;
- Le budget, élément neutre en soi, est alors utilisé comme moyen d'exprimer un style de direction destiné à « faire souffrir les gens ».

De manière générale, l'idée qui émerge est celle du budget en tant qu'élément neutre dans sa définition mais dont l'utilisation qui en est faite peut être révélatrice de tensions et de dysfonctionnements. Le style de management plus ou moins participatif contribuerait ainsi à produire dans certains cas une pression. Mais si l'utilisation du budget n'est plus aussi neutre, ne peut-on pas, à l'inverse, envisager des jeux d'acteurs introduisant des biais budgétaires ?

2.2.1.2 Le « slack organisationnel » comme source de biais budgétaires

Le « *slack budgétaire* » fait référence au concept de « *slack organisationnel* » introduit par Cyert et March (1963) ; il conduirait certains managers à formuler des demandes excessives de ressources dans le budget ou à sous-estimer leur capacité productive. Quand bien même ce processus serait intégré à une démarche plus participative, d'autres formes de biais émergent à travers la tendance de certains responsables à présenter de manière intentionnelle leur situation de façon à rendre les objectifs budgétaires faciles à atteindre. Pour autant, plusieurs auteurs convergent vers une même conclusion, selon laquelle une participation des acteurs dans le processus budgétaire est favorable à la réduction de la tendance à générer du slack.

Ces éléments étant à la source de dysfonctionnements, ils doivent être objectivés et faire l'objet d'un contrôle au sens du contrôle de gestion sociale sur la base d'indicateurs socio-économiques.

2.2.2 Un contrôle de gestion sociale : du pilotage de la performance à la dynamique de l'action collective

Le point commun à l'ensemble des évolutions du contrôle de gestion tant dans les missions imparties au contrôleur de gestion que dans les outils dont il dispose repose sur l'intégration progressive des dynamiques organisationnelles. Or, l'organisation est avant tout composée d'acteurs qu'il convient de manager. Les Ressources Humaines, en tant que discipline ou fonction revêtent alors un rôle fondamental. Les dimensions humaines et sociales du contrôle de gestion qui en découlent peuvent être abordées à travers plusieurs points d'entrée, comportementaux, sociopolitiques et organisationnels. Burlaud (1993) met ainsi en avant le concept de « mise sous tension » de l'organisation comme finalité propre au contrôle de gestion. Ce concept permet d'appréhender l'une des finalités du contrôle de gestion comme outil de management du personnel ce qui suggère de s'intéresser au contrôle de gestion sociale tel que mis en évidence par Martory (2001).

2.2.2.1 Les ressources humaines : une « technologie invisible » qui impose une « mise sous tension » de l'organisation

La « mise sous tension » de l'organisation telle que mise en évidence par Burlaud apparaît comme une « technologie invisible » (Berry, 1983) dans la mesure où la seule performance des machines, mesurée par des outils de gestion peut être inexploitée ou inefficace si l'organisation humaine ne permet pas d'en tirer parti. Il s'agit donc de l'utiliser comme un outil de motivation du personnel en s'appuyant sur deux volets : la sanction et la récompense. Or la sanction dissuade de mal faire mais n'incite pas à bien faire alors que la récompense encourage à bien faire mais n'a pas d'effet incitatif pour celui qui dès le début renonce à la récompense. Le contrôle de la gestion d'une organisation suggère donc la combinaison de ces deux mécanismes qui nécessite une évaluation des performances.

Pour autant, outre des difficultés d'évaluation individuelle des performances qui peuvent apparaître, préalable indispensable à la mise en œuvre de sanctions et récompenses, un problème de recrutement et d'intéressement collectif peut générer des tensions et rendre difficile l'orientation du comportement des individus. Ainsi, outre l'évaluation ex-post, la question doit être posée en amont à des fins incitatives.

Si l'on met en relation contrôle de gestion, stratégie et motivation du personnel, il y a un impact en termes de management ; les travaux de Drucker (1954) qui a initié la réflexion autour d'une Direction Participative Par Objectifs semblent (DPPO) fait la synthèse de cette réflexion théorique. Or celle-ci ne doit pas être confondue avec l'intéressement financier ou une simple Direction Par Objectifs (DPO) assortie d'une participation aux résultats. La participation porte en priorité sur la détermination des objectifs. La signature de contrats par pôle constitue ainsi un cadre privilégié pour introduite cette logique de DPPO au sein d'un dialogue de gestion portant en amont sur la fixation d'objectifs adaptés. Pour autant le mécanisme de responsabilisation sous-jacent à la DPPO suppose de donner les moyens nécessaires aux acteurs leur permettant d'atteindre les objectifs fixés.

Cette « mise sous tension » doit également être comprise comme une construction qui résulte de la mise en place de doubles contraintes résultant d'injonctions contradictoires telles que respecter les délais tout en respectant des normes de qualité contraignantes. Le triangle CQD (Coût Qualité Délai) oblige à réduire les coûts tout en améliorant la qualité et en respectant les délais. Cette problématique est particulièrement pertinente à l'hôpital.

A la lumière de ces deux éléments, il apparaît donc que la « mise sous tension » est un moyen de lier des perspectives à court et à moyen terme afin d'interconnecter stratégie et quotidien. Or ces deux dimensions semblent une fois encore restreintes à la connaissance des coûts en vue d'actions au quotidien pour limiter ces coûts. Qu'en est-il si ces coûts sont difficiles à évaluer ? Quels indicateurs peut-on décliner pour mettre en œuvre un « pilotage socio-économique » ? C'est à cet enjeu que répond le contrôle de gestion sociale.

2.2.2.2 Entre maîtrise des coûts cachés et pilotage de la performance : l'émergence du contrôle de gestion sociale

L'ISEOR (Institut de Socio-Economique des Entreprises et des Organisations) et Savall ont eu pour mérite d'attirer l'attention des gestionnaires sur des coûts dits cachés que nous avons définis précédemment. Or, les dysfonctionnements à l'origine de ces coûts sont au nombre de cinq et sont liés aux personnels : l'absentéisme, les accidents du travail, la rotation du personnel, les défauts de qualité et les écarts de productivité.

A partir d'une telle vision socio-économique, d'autres dysfonctionnements pourraient être retenus tels que les grèves ou l'incapacité à gérer le recouvrement des créances par exemple. Quoi qu'il en soit, l'organisation ne pouvant se laisser paralyser par de tels dysfonctionnements, deux types d'actions de régulation se développent, des activités humaines d'une part, tel que le temps passé par l'encadrement à organiser le remplacement des personnes, des activités de consommation de produits d'autre part, tels que les matières premières ou pièces perdues du fait des défauts de qualité de fabrication.

Il en résulte un coût pour chacune de ces activités :

- Des sursalaires lorsque la personne qui in-fine réalise le travail est surqualifiée et donc mieux payée que celle qui le fait normalement ;
- Des surconsommations de matières premières et pièces ou services payés inutilement du fait de ces dysfonctionnements ;
- Des non production qui se traduisent en termes de coût d'opportunité ou de manque à gagner lorsque les dysfonctionnements ont fait manquer des ventes ;
- Des non créations de potentiel.

On comprend ainsi, le développement d'une forme nouvelle de contrôle de gestion, celle d'un contrôle de gestion sociale. Cette analyse des coûts cachés nous semble être une grille de lecture pertinente pour comprendre les dysfonctionnements qui existent au sein de l'organisation de l'hôpital qui résultent de nombreux facteurs (la spécificité du client en tant que patient, les tensions sur le personnel en sont quelques exemples).

Pour autant, nous ne souhaitons pas réduire cette vision des ressources humaines en des termes péjoratifs, les ressources humaines étant bien évidemment aussi les garants de la performance de l'organisation, la stratégie étant déclinée au niveau opérationnel.

Longtemps mises de côté, les ressources humaines ont souffert de ne pouvoir mesurer avec fiabilité leurs contributions à la performance de l'entreprise. C'est pourquoi elles se dotent aujourd'hui d'outils de plus en plus performants qui permettent de les intégrer au mieux au contrôle de gestion.

Le contrôle de gestion sociale n'est pas un fait nouveau. Cette problématique trouve ses origines dans les expérimentations en matière de comptabilisation des ressources humaines menées aux États-Unis dans les années 1960. La législation sur le bilan social a donné une forte impulsion à la recherche d'indicateurs sociaux en France depuis les années 1970 et les nouveaux concepts émergeants de responsabilité sociale et de développement durable dans l'entreprise accentuent ce phénomène.

Bernard Martory (2001) fait la synthèse en définissant le contrôle de gestion sociale comme étant « une des composantes et une des extensions du contrôle de gestion. C'est un système d'aide au pilotage social de l'organisation ayant pour objectif de contribuer à la gestion des ressources humaines dans leurs performances et leurs coûts ».

La prise en compte de la dimension humaine telle que nous l'avons ainsi mise en évidence confirme cette nécessaire évolution du contrôle de gestion se rapprochant du pilotage de la performance et illustre ainsi le passage du contrôle de gestion dans son ensemble du statut de technique dominée par les outils à celui d'une discipline tournée vers le management.

Conclusion du chapitre 2

La question que nous nous posions au départ est relativement simple « Qu'est-ce que le contrôle de gestion ? ». La littérature en sciences de gestion apporte quelques éléments de réponse à cette question en déclinant le rôle du contrôle de gestion autour de trois finalités, en tant qu'élément clé de la construction de la stratégie, outil d'aide à la décision et support au dialogue de gestion. Les missions du contrôle de gestion peuvent se résumer en trois catégories (Bouquin, 1997).

- Optimisation des processus : elle doit permettre l'harmonisation entre stratégie et fonctionnement quotidien ;
- Socialisation des managers : elle passe par une identification de leurs missions et les moyens qui leur sont délégués ;
- Gouvernance : elle vise à permettre aux dirigeants de déléguer sans pour autant être coupés des opérations.

De manière plus pragmatique et pour permettre son analyse dans le cas de l'hôpital, nous le définissons dans un premier temps de manière très simple, comme étant un autocontrôle. Or, les procédures d'autocontrôle mises en place au sein des entreprises s'apparentent à un mode de régulation « bureaucratique » des organisations, critique largement dénoncée à l'encontre de l'hôpital public. Ces procédures s'appuient sur un système d'information interne qui a lui aussi évolué en passant d'une comptabilité industrielle, à une comptabilité analytique d'exploitation, puis à l'analyse des coûts (ou encore analyse et contrôle des coûts), et enfin à la comptabilité de gestion. Ce changement de vocabulaire est aussi significatif de la progression de cette technique qui ne s'appliquait initialement qu'à l'industrie et s'applique aujourd'hui à toutes les organisations.

Dans notre cas, nous ne considérons jusqu'ici que la seule comptabilité, une comptabilité de flux qui, de manière générique, met en relation des consommations de facteurs (inputs) avec des produits (outputs) sans décrire une situation patrimoniale, objet de la comptabilité générale. Le concept central est, nous l'avons vu, celui de coût, qui bien que résultant d'un calcul interne à l'organisation, reste un objet de contrôle. Pour autant, si le coût est l'objet de contrôle, ne peut-il pas aussi être la source d'un contrôle au sein de l'organisation qui même a pu faire l'objet d'un enrichissement :

- Un contrôle programmé qui repose sur un calcul régulier, souvent mensuel des coûts et de leur variation ;
- Un contrôle adaptatif basé sur une adaptation des conditions d'exploitation, c'est-à-dire un comportement réactif, dès lors que les coûts sont jugés suffisamment significatifs ;
- Un contrôle anticipé sur la base d'un projet décliné en étapes dont les écarts permettent de modifier ou ajuster la stratégie.

De cette évolution de la notion de contrôle, nous en déduisons un élargissement de son champ d'application qui ne se limite plus aux seuls services de production, un éloignement de l'horizon temporel cohérent avec son orientation stratégique et enfin une diversification de ses méthodes qui, partant des techniques comptables, ont progressivement intégré le calcul économique et la gestion des ressources humaines. La finalité même du contrôle de gestion évolue donc : de l'allocation des ressources, il passe au pilotage de la performance, laquelle rend alors nécessaire une prise en compte des dynamiques de l'action collective.

C'est dans ce contexte que nous souhaitons positionner le contrôle de gestion à l'hôpital, avant même d'en élargir le contenu. Rappelons dès lors, que s'agissant d'un autocontrôle de l'organisation, il porte sur ses performances et non sur la régularité des opérations ou de leur enregistrement. Longtemps confiné à la seule allocation des ressources, comme en témoigne notre analyse des outils de comptabilité analytique hospitalière, il est positionné aujourd'hui comme un élément essentiel du pilotage médico-économique et son corollaire, la recherche de la performance.

Au final, la conclusion que nous tirons de cette revue de littérature nous semble essentielle pour en décliner quelques principes à l'hôpital, dont nous venons d'ailleurs de démontrer la légitimité. Si l'ambition poursuivie consiste à traiter du fonctionnement des organisations, nous ne pouvons ni présenter les techniques d'analyse des coûts de façon isolée, ni développer une théorie du contrôle de gestion sans nous appuyer sur une comptabilité de gestion.

Une fois acquis ce rôle de l'organisation, nous comprenons bien que la place et le rôle du contrôleur sont très différents selon le type de structure dans laquelle il s'insère. L'idéal type de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1982) reste un modèle de référence pour analyser l'organisation hospitalière. Cette dernière est, en effet, caractérisée

par une ligne hiérarchique courte, principalement du fait de l'asymétrie d'expertise entre l'administration « profane » et les médecins (de Pouvourville et Tedesco, 2003).

Le contrôleur de gestion, est positionné de par sa fonction au sein de la technostructure. Quelle légitimité peut-il en tirer ? Que peut dire un contrôleur à un médecin ? Celui-ci peut l'utiliser de façon efficace mais il reste subordonné aux professionnels dont il comprend mal l'activité. Peut-envisager une déconcentration de la fonction au niveau du pôle ? Le contrôleur est entièrement dépendant du noyau opérationnel. De plus, son travail a des conséquences sur l'activité des autres membres de l'organisation, en aval, en permettant de juger des résultats de l'action des acteurs opérationnels et en amont , en intervenant en tant que conseiller, le contrôleur de gestion ne décide pas mais il aide à la décision. Plus que la mise en œuvre des outils traditionnels du contrôle de gestion, l'une de ses fonctions principales consiste à modéliser ; de cette modélisation vont dépendre les choix stratégiques et le pilotage au quotidien de l'organisation. C'est à cet enjeu que notre recherche doit répondre.

Chapitre 3. Diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital : écueils, alternatives et enjeux

3.1 Les écueils du contrôle de gestion à l'hôpital.....103

3.1.1 De nombreux rapports : écueils et problématiques autour des démarches gestionnaires à l'hôpital..... 104

3.1.1.1 La question du management 104

3.1.1.2 La question des outils..... 106

3.1.1.3 La question de l'organisation 108

3.1.1.4 La question de la coopération..... 109

3.1.2 Les limites des outils traditionnels de CAH..... 110

3.1.2.1 Limites de l'objet : le GHM un outil insuffisant..... 111

3.1.2.2 Limites des coûts complets : le patient comme objet du calcul de coût . 112

3.1.2.3 Limites du benchmarking : une référence aux meilleures pratiques ?..... 114

3.2 Des thématiques nouvelles : de la comptabilité analytique au contrôle de gestion... 117

3.2.1 La notion de performance médico-économique 118

3.2.1.1 La performance se traduit-elle uniquement en termes de rentabilité ? .. 119

3.2.1.2 La performance de l'établissement se traduit-elle par une plus forte attractivité ? 120

3.2.2 La contractualisation dans les établissements de santé 123

3.2.2.1 Contractualisation externe et projet d'établissement : la région comme niveau d'organisation des soins 123

3.2.2.2 Contractualisation interne : le pôle comme niveau de déclinaison des objectifs de l'établissement 124

3.2.2.3 Le statut du contrat et son caractère synallagmatique 125

Conclusion du chapitre 3 128

A l'image du chapitre précédent, nous partons de la définition du métier de contrôleur de gestion. Selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), le contrôleur de gestion a pour mission de « concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement et l'exercice des fonctions de pilotage et de contrôle par le management. Il a aussi pour rôle de conseiller les décideurs au regard du développement des activités ». Identifié comme métier émergent et sensible par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH) en 2007, le poste de contrôleur de gestion a fait l'objet d'une fiche descriptive spécifique au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

En s'appuyant sur le contenu de cette fiche, les compétences nécessaires à l'exercice de la fonction de contrôleur de gestion, devraient amener les contrôleurs de gestion à :

- Maîtriser les outils de gestion et être pertinents dans leurs modes de communication ;
- Etre force de proposition auprès des décideurs hospitaliers en matière de pilotage ;
- Se montrer innovants dans l'approche de la gestion hospitalière ;
- Animer le dialogue de gestion entre médecins, soignants et gestionnaires.

Cette fonction, présente deux particularités qui la différencient des affaires financières ; elle est récente et non imposée. Pour autant, elle a fait l'objet de nombreuses réflexions, à l'initiative d'acteurs isolés, indépendants de la tutelle, avec pour ambition le développement des outils de gestion et l'amélioration des liens avec le personnel médical et soignants. Le séminaire ENCC est à ce titre une illustration de cette montée en puissance de la réflexion gestionnaire. Il réunit chaque année un nombre croissant de participants, de quelques dizaines de gestionnaires et chercheurs en 1996, date du premier séminaire, jusqu'à plus de 600 en 2010 venant de tous les métiers de la sphère administrative à l'hôpital, qu'il s'agisse de contrôleurs de gestion, directeurs des finances, directeurs généraux, médecins DIM, ou encore de manière plus marginale d'ingénieurs en organisation. Les thématiques abordées attestent d'une prise de conscience nécessaire d'assoir cette fonction sur des outils représentatifs de l'activité hospitalière et partagés autour d'une réflexion qui s'élargit de la comptabilité analytique hospitalière vers la performance, la contractualisation interne, le pilotage[8].

[8] A titre illustratif les thématiques des séminaires ENCC ont été les suivantes depuis 2005 : « Vers une nouvelle ENCC » (2005), « Régulation sanitaire et stratégie d'établissement » (2006), « ENC et pilotage médico-économique » (2007), « De la juste rémunération des prestations hospitalières » (2008),

Par ailleurs le positionnement hiérarchique et les fonctions assurées par les contrôleurs de gestion, en lien direct ou non avec les directions financières attestent de la multiplicité des tâches qui leur incombent et les ambitions affichées dans le fonctionnement des hôpitaux. Globalement le contrôle de gestion voit son rôle accru, sur le papier, en lien avec le pilotage de la performance et de la contractualisation interne.

Elle est donc une fonction particulièrement étudiée, mais qui paradoxalement fait l'objet de difficultés pour en définir précisément les contours. Quelles tâches confier au contrôleur de gestion ? Qui est-il, d'où vient-il ? Que fait-il ? Quel rôle joue-t-il dans la construction des outils, leur implémentation et leur utilisation ? Quel impact peut-il avoir sur les organisations hospitalières ?

L'objet de ce chapitre vise donc à préciser le rôle du contrôle de gestion. Au regard des outils existants dont nous avons expliqué la genèse dans le premier chapitre et des missions qui pourraient lui être dévolues inspirées du modèle privé et dont il convient d'analyser la légitimité de leur transposition au secteur hospitalier, il s'agit de mieux comprendre les écueils dont semble souffrir le contrôle de gestion à l'hôpital malgré les efforts déployés pour formaliser cette démarche (3.1). L'enjeu reste probablement le passage de la comptabilité analytique hospitalière sur la base d'outils sophistiques au contrôle de gestion qui oblige à prendre en compte les logiques d'acteurs (3.2). Dit autrement, il s'agit de dépasser l'analyse passive d'outils permettant de faire émerger un certain nombre de savoirs hétérogènes et dispersés vers une démarche plus dynamique en vue d'organiser différemment l'action collective.

3.1 Les écueils du contrôle de gestion à l'hôpital

Nous l'avons dit la recherche en gestion ne saurait s'abstraire du terrain ; le champ de la santé en est d'ailleurs un exemple significatif à l'image des nombreuses collaborations entre chercheurs, professionnels du terrain et politiques.

« Pilotage et contractualisation interne » (2009), « Hôpital : Stratégie et performance » (2010), « L'hôpital performant » (2011).

De nombreux rapports initiés par des institutions illustrent ce phénomène et abordent les questions de l'organisation du système de santé, des outils de pilotage, des pratiques de management ou encore des coopérations entre acteurs. Les difficultés qui en résultent attestent simplement des limites inhérentes aux outils de comptabilité analytique hospitalière précédemment présentés.

3.1.1 De nombreux rapports : écueils et problématiques autour des démarches gestionnaires à l'hôpital

Dès 2005, au lendemain de la mise en place de la T2A, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management des établissements de santé. Cinq ans plus tard, l'IGAS propose une analyse des « Pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissement de santé ». Toujours en 2010, un document de travail permet de dépasser la seule question des outils de gestion et aborde « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». Enfin la thématique de la coopération des professionnels de santé a fait l'objet d'une étude approfondie depuis 2003 et a abouti à la rédaction de deux guides méthodologiques, le premier consacré aux conditions de succès et retour sur les expériences de 2004 à 2007 et le second précisant les conditions d'élaboration d'un protocole de coopération.

La lecture de ces rapports, dont nous présentons les principaux enseignements de manière synthétique, donne ainsi un aperçu des problématiques de gestion nouvelles qui s'imposent aux établissements de santé et auxquelles le contrôle de gestion doit tenter de fournir des éléments de réponse.

3.1.1.1 La question du management

En 2005 et dans la cadre de la procédure de certification, la Haute Autorité en Santé (HAS) propose une méthodologie et des outils pratiques pour évaluer la qualité du management en établissement de santé. Cette étude a été motivée par la certitude que la qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'établissement de santé et sa capacité à remplir ses missions auprès des patients, qu'il s'agisse de la vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation, et la

capacité à faire partager un projet et à motiver leurs équipes. Cette fonction doit donc être évaluée tant au niveau de la direction qu'au niveau des responsables de secteurs ou de pôles d'activité ou de services transversaux, qu'il soient médecins, soignants, ingénieurs, pharmaciens, techniciens ou gestionnaires. Face aux difficultés à impulser la dynamique managériale, la question posée est donc de savoir si le management est le problème ou la solution.

Cet audit est réalisé à partir de l'identification des compétences que se doit de détenir tout « bon manager ». Il doit être capable de négocier, contracter en interne comme en externe, responsabiliser, motiver et partager des informations fiables. Autrement dit, les auteurs retiennent cinq axes caractérisant le management à travers les fonctions suivantes : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer. La qualité du management passe donc par un certain nombre de problématiques, imbriquées les unes dans les autres et qui font apparaître de nouvelles dimensions :

- Prévoir, pour manager l'incertitude, maîtriser les risques ce qui implique de mettre un œuvre une structure de veille ;
- Organiser, sur la base d'un organigramme en adéquation avec les objectifs et missions de l'établissement, quitte à définir de nouvelles fonctions impliquant d'établir des procédures et protocoles et de mettre en place les délégations de responsabilité qui s'imposent ;
- Décider, en tant qu'élément clé du management oblige à trouver le « bon niveau » de décision, tout en restant en adéquation avec les objectifs de l'établissement, et à rendre les procédures de décision lisibles pour les différents acteurs sur le terrain ;
- Motiver, et faire adhérer l'ensemble des acteurs aux objectifs de l'établissement, ce qui suggère de responsabiliser et faire participer aux décisions, reconnaitre les compétences, communiquer les résultats individuels et collectifs pour pouvoir mettre en œuvre des outils de motivation
- Evaluer qu'il s'agisse de l'activité, des résultats, des moyens mis en place, des personnels, des décisions, mais aussi de la satisfaction des patients.

Ce rapport, le plus ancien des rapports cités, constitue une bonne synthèse des effets attendus du mouvement de réformes que connaissent les établissements de santé et dont le contrôle de gestion pourrait être considéré comme la cheville ouvrière. Si la décision et la motivation sont des fonctions relevant de la direction générale, il n'en demeure pas moins que le contrôle de gestion doit être vu comme un dispositif d'aide à la décision au service de la direction. Cette

étude nous amène donc à nous interroger sur la contribution du contrôle de gestion au management, en termes de prévisions, d'organisation et d'étude des procédures, et d'évaluation.

D'autres rapports complètent notre diagnostic de la fonction contrôle de gestion et abordent plus spécifiquement certains aspects de la gestion de manière générale.

3.1.1.2 La question des outils

Cette étude, initiée par le ministère de la santé, vise à établir un audit qualitatif de la mise en place de la comptabilité analytique dans une dizaine d'établissements en vue d'identifier les facteurs clés de succès mais aussi les principaux freins de son déploiement. Le contexte est celui de la Nouvelle Gouvernance des établissements de santé qui, couplée à la T2A, confère à la comptabilité analytique un rôle central dans la construction de nouvelles modalités de pilotage, de gouvernance et d'allocation des moyens.

A partir d'un questionnaire / guide d'entretien, les conclusions issues des visites dans douze établissements ont abouti à trois grandes conclusions :

i. Un processus contraint et des outils insuffisamment coordonnés

Le bouleversement tarifaire issu de la T2A a fait naître chez les producteurs de soins un besoin d'estimation de la contribution de chacune des activités médicales à l'équilibre financier global de l'établissement qui s'est traduit par des demandes de tableaux de bord et donc d'éléments de comptabilité analytique. La démarche polaire a alors renforcé le recours à la CAH pour les acteurs médecins et managers. Les méthodes de CAH sont aujourd'hui bien outillées et diversifiées. Ces outils sont aujourd'hui largement diffusés et se perfectionnent ; pour autant les modalités de construction de ces outils sans réel appui méthodologique se traduisent par des surconsommations en moyens humains et des tensions avec la communauté médicale freinent l'appropriation des données issues de cette comptabilité analytique.

ii. Un processus complexe qui se traduit par un niveau d'appropriation des outils contrastés

Plusieurs éléments peuvent justifier les écarts observés dans les pratiques de comptabilité analytique parmi lesquels la qualité du Fichier Commun de Structure qui doit faire coïncider le découpage des Unités Fonctionnelles (UF) avec l'activité réelle de l'établissement pour

permettre une répartition des charges directes et indirectes pertinente, la cohérence et l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements, une équipe de contrôleurs de gestions stable et compétente sur le plan technique pour faciliter la communication avec les équipes terrains, l'avancée dans la démarche de contractualisation et le développement d'une politique d'intéressement en aval.

iii. Un renforcement nécessaire de la CAH

Conduite par l'ARS, une enquête permettant de dresser une cartographie régionale faisant ressortir les établissements moteurs et ceux rencontrant des difficultés doit se traduire par la constitution d'un réseau de correspondants « contrôle de gestion » et la mise en place d'une mission d'appui CAH capable de conseiller sur les étapes, les outils, les méthodes, les modes de communication interne et éventuellement les recrutements en vue de permettre un déploiement et une cohérence régionale. Parmi les axes d'amélioration à exploiter, il convient également de procéder à des choix méthodologiques et s'interroger quant à la légitimité des données issues du retraitement comptable, très mobilisatrice en ressources mais généralement peu exploitées en gestion interne ; seul exercice de comptabilité analytique obligatoire, il demeure toutefois la seule base de données exhaustive à l'échelle nationale. La base d'Angers est l'autre méthode largement répandue dans les établissements, elle appelle tout de même à l'instauration d'une procédure de contrôle afin d'en fiabiliser les données et en s'appuyant sur le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH) et pallier ainsi les écarts de périmètres des activités décrites, le manque de rigueur dans la saisie des données et les délais de publication jugés trop longs. Enfin, le CREA est l'outil de comptabilité analytique le plus répandu, lisible très simplement ; les établissements les plus avancés sont en mesure de produire des CREA infraannuels, avec un délai de publication bref pour permettre le dialogue avec les responsables de pôle. A cet effet, la production de ces données de comptabilité analytique doit, pour être efficace, se faire sur la base d'un rapprochement fonctionnel avec la Direction des Affaires Financières (DAF), le Département d'Information Médicale (DIM), le tout dans un contexte de médicalisation du contrôle de gestion via la constitution d'une cellule médico-économique intégrant le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Ce rapport pose donc clairement la question de l'apport de la Comptabilité Analytique Hospitalière telle qu'elle existe aujourd'hui. Si nous ne souhaitons pas contester la nécessaire fonction d'évaluation qui incombe au contrôle de gestion à travers la comptabilité analytique, cette vision nous semble pour autant restrictive. Les outils sont alors confinés à la seule

allocation des ressources dans une optique purement budgétaire sans lien avec l'organisation. Ils ne sont rien d'autres qu'un moyen de modéliser des décisions stratégiques économiquement compatibles dans le cadre de préoccupations financières liées à la T2A. Cette étude doit donc être complétée par un diagnostic organisationnel de l'hôpital dans le contexte de la T2A.

3.1.1.3 La question de l'organisation

Ce rapport aborde la question de la T2A de manière plus large et dépasse la seule question des outils de gestion et la question de la rentabilité. Il ne traite ni l'évolution quantitative de l'activité, ni l'impact sur la qualité des soins pour se consacrer aux effets qualitatifs internes de l'introduction de la T2A :

- L'évolution des organisations
- Le comportement des acteurs
- La gestion des ressources humaines

Une des difficultés provient toutefois de la possibilité d'isoler la T2A d'autres facteurs de changement concomitants notamment issus de la Nouvelle Gouvernance.

Les conclusions issues de cette expérimentation font apparaitre un impact fort sur l'innovation instrumentale de gestion, que nous avons développée précédemment, mais des impacts organisationnels faibles. Ainsi, beaucoup de démarches ont été initiées par les acteurs hospitaliers à travers la conception de tableaux de bord, d'indicateurs, d'outils d'analyse, le tout dans un contexte de contractualisation et de responsabilisation. Pour autant, ces dispositifs de gestion se heurtent aux difficultés d'appropriation par les acteurs confrontés à la recherche d'objectifs incompatibles et qui oscillent entre la complexité nécessaire pour représenter la réalité et le besoin de simplicité pour être utilisable concrètement. Il en résulte que les changements organisationnels concernent essentiellement les fonctions administratives et gestionnaires mais rarement les processus d'activité médicale et soignante qui concernent, lorsqu'elles existent, des expérimentations très localisées, sont dépendantes du volontarisme d'acteurs clefs ou d'opportunités particulières telles que le déménagement de l'établissement, l'arrivée de nouvelles activités par exemple et sont confrontés à des obstacles liés à leur durée d'application très longue, la mise au point des outils, le temps nécessaire d'apprentissage et la frustration issue de la faible visibilité des résultats à court terme.

Les explications à ces limites apparaissent à trois niveaux :

– La complexité du changement organisationnel, dans un contexte d'organisation professionnelle très qualifiée et du besoin de coordination entre des intervenants aux compétences variées et intervenant sur des parcours de patients nombreux, divers et incertains ;

– La complexité et l'opacité des dispositifs de gestion, issus des mécanismes de la T2A, qui nécessitent un socle de compétences minimales pour s'approprier les outils et dont l'impact sur le résultat est difficile à mesurer ;

– L'instabilité permanente des règles, qui incite à la prudence et l'attentisme lorsqu'une stratégie d'action jugée favorable à un instant donné peut être affectée par l'évolution des règles tarifaires et ce de manière exacerbée par le passage à la V11.

Si la T2A a permis un décloisonnement entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin, il n'en demeure pas moins que les nouveaux outils de gestion qui traduisent la T2A n'ont un impact que marginal sur les organisations. Cette conclusion, que nous avions déjà pressentie à la lecture du rapport précédent, introduit une voie nouvelle à explorer et qui fait du processus un objet du contrôle de gestion. Autrement dit c'est la question du parcours de soins qui est posée et du lien entre gestion et organisation, ici à l'échelle de l'établissement ; celle-ci a fait l'objet d'un certain nombre de travaux autour du vocable de chemin clinique mais doit aussi être abordée à l'échelle de la région et entre des professions différentes.

3.1.1.4 La question de la coopération

Dès 2003, plusieurs études ont traité la question du développement de coopérations entre professionnels de santé comme réponse adaptée à un certain nombre de défis tels que l'essor des besoins de prises en charge liées aux pathologies chroniques, l'évolution défavorable de la démographie médicale accentuée par de fortes disparités régionales, la recherche de l'efficience dans un contexte de contraintes financières, l'accès pour tous à des soins de qualité, l'aspiration des professionnels à faire évoluer leur activité. Dans ce contexte, la loi de santé publique donne une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de tâches entre les professions médicales et les autres professions de santé.

L'un des enjeux majeurs de la coopération passe par l'introduction de mécanismes de coordination entre tous les intervenants dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle de façon à optimiser le parcours de soins du patient. Les modalités d'exercice partagé comme les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé, les pôles de santé, les réseaux de santé offrent de nouvelles opportunités pour réorganiser les pratiques en définissant des nouvelles règles de partage entre professionnels de santé se traduisant par l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales. Les protocoles de coopérations concernent finalement l'ensemble des acteurs du système de santé, au premier rang desquels les professionnels de santé mais aussi les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et les patients à travers les nouvelles pratiques d'éducation thérapeutique et de télémédecine.

Cette réflexion initiée dès 2003 et formalisée par la loi HPST pose la question au niveau régional ; elle nous invite à raisonner sur une forme nouvelle de contrôle de gestion faisant le lien entre médecine de ville et hôpital et appelant à de nouvelles formes de coordination.

L'ensemble de ces rapports constitue une base de travail précieuse. Outre la robustesse de la méthodologie employée, ils fournissent un certain nombre de constats issus du terrain ; ils n'en restent toutefois pas à la seule observation, et donnent des sources d'explication et préconisent des un certain nombre de mesures. Ils constituent donc une référence pour définir de nouveaux champs jusqu'ici insuffisamment explorés. Outre ces rapports, qui sont souvent le fruit de plusieurs années d'expérimentations, d'autres matériaux peuvent être exploités pour établir notre diagnostic de la fonction contrôle de gestion telle qu'elle existe aujourd'hui à l'hôpital et définir des champs de travail.

3.1.2 Les limites des outils traditionnels de CAH

Les outils de comptabilité analytique hospitalière que nous avons présentés dans notre premier chapitre semblent donc souffrir d'un certain nombre d'écueils que nous sommes maintenant en mesure d'analyser au regard de la littérature en gestion de manière générale et les difficultés observés sur le terrain. Ils concernent essentiellement des points méthodologiques quant à l'objet sur lequel porte le contrôle de gestion, les méthodes de calcul de coûts et l'usage des benchmarcks.

3.1.2.1 Limites de l'objet : le GHM un outil insuffisant

La première limite est celle d'une mauvaise connaissance des acteurs terrains qui produisent l'activité de soins du PMSI. A la question « ce GHM relève-t-il de votre spécialité », beaucoup de médecins ne savent pas répondre, les intitulés recouvrant une grande diversité de patients. Cette méconnaissance peut aussi résulter d'une réticence face à l'incomplétude de la nomenclature des GHM, support au financement mais aussi objet de la comptabilité analytique. Pour autant, il semble difficile d'aller à l'encontre de la T2A, tout l'enjeu consiste donc à trouver des moyens de regroupement de GHM à partir de données significatives pour un médecin et suppose d'adapter le langage en s'appuyant notamment sur le médecin DIM. En recourant à des données plus médicales ou permettant d'appréhender la diversité des patients, tels que les Comorbidités Associées, le diagnostic, l'âge, il est possible de gagner en homogénéité.

Un autre défaut du PMSI résulte du processus de codage complexe en vue de l'affectation d'un séjour dans un GHM en cohérence avec la meilleure valorisation possible. Ce processus d'affectation d'un séjour dans un GHM est fonction du diagnostic, du mode d'entrée et de sortie du patient, de la réalisation de certains actes. Certains GHM se montrent ainsi peu représentatifs de l'activité réalisée au cours des séjours tels que les séjours classés dans des GHM « Autres… ». L'exemple du cancer est à ce titre intéressant. Certains GHM prennent en compte la chimiothérapie comme diagnostic principal, la tumeur est alors codée en diagnostic relié ; il s'agira donc, selon le contexte, de la tumeur primitive ou de la métastase, dans ce second cas, la localisation cancéreuse ne figure plus dans le GHM. Il en est de même des GHM de soins palliatifs utilisés indifféremment quel que soit le type de tumeur traitée. La photographie donnée par le case mix dilue quelques séjours pour un type de localisation cancéreuse précise.

On comprend d'autant plus les réticences du corps médical à une comptabilité analytique qui porte sur un objet lui-même soumis à de nombreuses critiques. Il en résulte que la simple production d'un tableau de bord de suivi de l'activité par GHM peut être contestée par le corps médical indépendamment du calcul de coûts, mettant en cause la représentativité de l'activité ainsi décrite. Si la comptabilité analytique est indispensable, le contrôle de gestion permet en outre de trouver quelques éléments de réponse aux limites ainsi formulées en recourant à des études terrains de type microcosting qui permettant d'intégrer les acteurs à la démarche

gestionnaire, s'assurant ainsi de leur adhésion au produit décrit et / ou des études organisationnelles d'analyse du parcours de soins.

3.1.2.2 Limites des coûts complets : le patient comme objet du calcul de coût

Une dépense est un constat, le coût est calculé ; de la façon dont on regroupe les charges, dépend le calcul du coût. Certains auteurs vont donc jusqu'à dire que « le coût est une opinion ». Le calcul du coût sera d'autant plus complexe que l'organisation est importante et multi-activités, ce qui est le cas des établissements hospitaliers.

Si l'on adopte un point de vue systémique, la complexité induit ainsi une difficulté à représenter de manière claire l'ensemble des activités mais aussi les interactions susceptibles de se mettre en place entre elles. L'application de la méthode des « coûts complets », se révèle donc être un exercice périlleux quant à la répartition des charges indirectes, qu'il s'agisse du choix d'une unité d'œuvre ou du périmètre des charges concernées. Or, la principale clé de répartition utilisée est bien souvent le nombre de journées réalisées ; si les activités de logistique et d'hôtellerie sont, à court-terme, relativement stables, il n'en est pas de même des activités médico-techniques et de soins qui dépendent du nombre de patients traités par jour, mais aussi de facteurs qualitatifs tels que la technologie utilisée et l'état de santé des patients. L'analyse des coûts par des ratios liés au nombre de patients (via le nombre de journées d'hospitalisation) est inhabituelle par rapport aux méthodes standards de la comptabilité analytique. Dit autrement, l'unité d'œuvre est ici le malade, c'est-à-dire le client, et non pas le produit fabriqué, ce qui suppose donc que tous les patients consommeraient de manière relativement homogène le même panier de soins, alors même que cette consommation peut varier en fonction de la productivité ou encore de l'attractivité dont bénéficie l'établissement, ce qui ne permet pas de prendre en compte les variations saisonnières et pénalise les établissements situés dans des zones faiblement demandeuses de soins. De plus, une telle répartition ne tient pas compte de l'état de santé des patients dont on peut penser que la gravité accroît la consommation de soins (Escaffre, 2008).

Une représentation fine de l'activité en vue d'atteindre un niveau seuil de pertinence du calcul des coûts peut dès lors conduire à la construction de véritables « usines à gaz » qui pourraient accentuer la contestabilité des résultats. C'est la question de l'affectation des charges

indirectes qui est posées. A titre d'exemple, citons le cas du calcul de coût par séjour selon la méthodologie de l'ENCC. Celle-ci peut être représentée de la manière suivante :

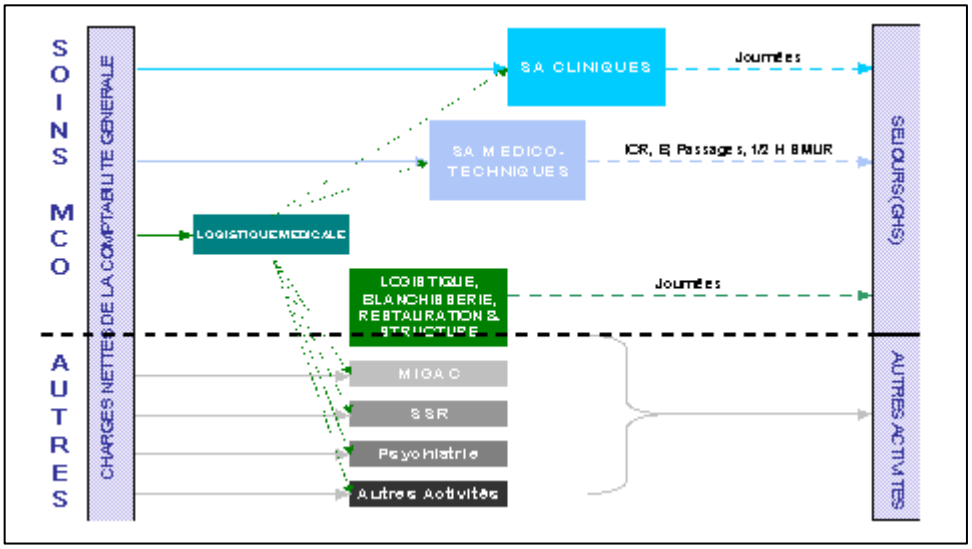


Figure 9 : Méthode de calcul du coût d'un séjour selon le modèle de l'ENCC

Rappelons que le périmètre retenu est celui du champs MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), sont donc exclus les activités autres bénéficiant d'un autre mode de financement (MIGAC, SSR, psychiatrie…). La particularité provient d'une affectation des charges de logistique médicale aux sections d'analyse cliniques, médico-techniques et de logistique et gestion générale, ces dernières étant affectées, après déduction des charges directement imputables au séjour, au prorata d'une unité d'œuvre.

Pour autant, d'autres modèles pourraient être envisagés.

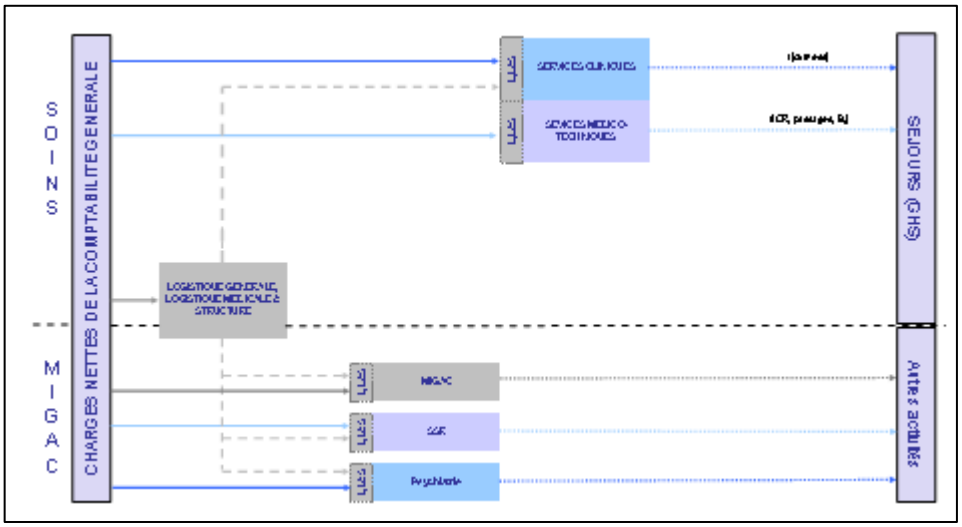


Figure 10 : Alternative au calcul du coût par séjour selon le modèle de l'ENCC

Dans cette deuxième version, les charges de logistique et gestion générale suivrait la même logique que celles de logistique médicales dans le modèle précédent et seraient affectées de manière indirecte aux sections analytiques cliniques et médico-techniques.

On comprend aisément, que le modèle en coût complet pourra se traduire par des résultats différents selon la méthode retenue. Face à cette difficulté Il en résulte que des alternatives au coût complet doivent être trouvées. Parmi celles-ci, il nous semble qu'un raisonnement en marge sur coût direct médical trouve tout son intérêt en comptabilité analytique. Il permet, en effet, de mesurer la contribution d'une activité à la couverture des frais fixes indirects, assimilés aux fonctions logistiques et donc de responsabiliser uniquement sur une activité que son responsable maîtrise. L'exemple ci-après montre, en effet, que la suppression de l'activité entrainerait certes une suppression des coûts directs cliniques et médico-techniques mais, en supposant que la structure reste inchangée, elle accroît le déficit passant de – 20 à – 30.

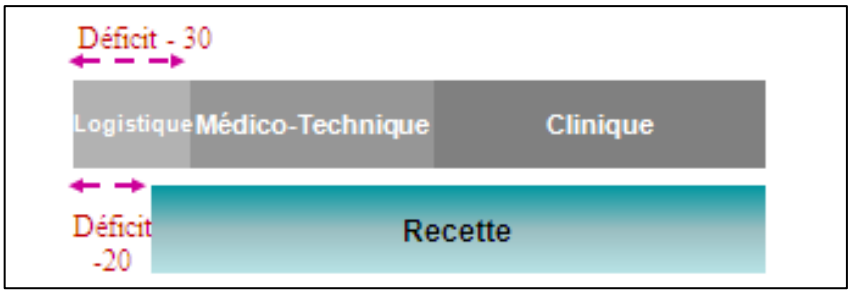


Figure 11 : Alternative au résultat en coût complet : la marge sur coût direct et la mesure de la contribution aux frais fixes indirects

3.1.2.3 Limites du benchmarking : une référence aux meilleures pratiques ?

Nous avons identifié plusieurs types d'outils au cours du chapitre 1. Parmi les outils rétrospectifs, nous avons identifié l'ensemble des outils permettant de se comparer à des références et détecter par ce biais d'éventuelles anomalies.

Qu'il s'agisse des coûts par activité, relevant de la base d'Angers qui s'attache à identifier le coût de production des activités de support (imagerie, laboratoire, blanchisserie, restauration, pharmacie, stérilisation…), du Tableau Coût Case-Mix qui permet une comparaison des charges d'exploitation en hospitalisation MCO de l'établissement ou du pôle à un établissement virtuel qui aurait la même activité mais dont le coût de production est calculé avec l'échelle de

référence choisie, ou encore plus finement les coûts par GHM sur la base du modèle de l'ENCC, tout l'enjeu résulte dans le comparateur choisi si l'on veut exploiter les écarts ainsi détectés.

Cette comparaison avec l'extérieur est basée sur des démarches de type benchmarking, dont le développement remonte au des années 1980 par la société Xerox pour une prise de décision concernant un investissement lourd destiné à moderniser la gestion des stocks. Il était défini comme étant « un processus continu d'évaluation de nos produits, services et méthodes par rapport à ceux des concurrents les plus sérieux ou des entreprises reconnues comme leaders[9] ». Pratiquer le benchmarking, c'est donc aller à la recherche des meilleures méthodes utilisées dans une activité, pour comparer son entreprise à une ou plusieurs autres entreprises identifiées comme faisant référence dans un domaine spécifique, celles qui vont permettre à l'entreprise d'améliorer ses performances.

Pour autant deux remarques s'imposent dès lors que l'on souhaite transposer ce concept au cas hospitalier. La première a trait au modèle de coût de l'entreprise qui doit être approximativement transposable aux concurrents, et suppose donc que leur chaine de valeur soit analogue. Si leurs gammes sont différentes, si leurs stratégies de diversification et d'interconnexions sont spécifiques l'étude sera beaucoup plus incertaine.

La deuxième concerne la possibilité de disposer d'une base d'informations complètes, ce qui suppose un échange de telles informations. Ardoin et Doblin (1989) expliquent ainsi qu'il est souvent possible de visiter les installations des concurrents si on leur rend la réciproque. Ou alors, l'analyse des états financiers des concurrents peut permettre d'avancer quelques hypothèses globales quant à la marge sur ventes, la marge sur coût de production par rapport aux ventes, le montant des ventes par rapport aux actifs ou encore la part des actifs par rapport aux fonds propres. Si l'on souhaite dépasser l'analyse financière, sur un plan plus méthodologique de calcul des coûts, il n'est possible d'estimer le coût d'un concurrent que dans la mesure où ces informations peuvent alimenter un bon modèle de calcul. Si l'entreprise s'est limitée à des répartitions et imputations grossières de ses propres frais, elle est mal placée pour exploiter les quelques signaux qu'elle peut réunir sur les coûts des autres.

[9] David Keans, Xeros Corporation

Au regard de ces deux contraintes qui légitiment le *benchmarking*, il convient de remarquer que son application à l'hôpital présente à la fois un avantage et un inconvénient. D'un côté, on peut considérer que les établissements hospitaliers présentent des chaînes de valeur semblables et se situent dans un environnement moins concurrentiel malgré des positionnements sur des segments d'activité et des types de prise en charge différents choisis en fonction d'études de parts de marché qui se multiplient. A ce titre les visites entre établissement, les échanges de pratiques, de méthodes de travail sont courantes et facilitent la comparaison. De plus, les benchmarks existants présentent un caractère officiel dans la mesure où ils sont pilotés par des institutions identifiées, le CHU d'Angers pour le benchmarck concernant les activités supports, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour l'activité médicale dite MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), qui définissent les critères méthodologiques pour le recueil des données et valident les résultats produits par les établissements de l'échantillon. Dès lors nous formulons une deuxième remarque, qui atteste d'un décalage entre secteur industriel et secteur hospitalier ; si la définition officielle définit le benchmarking comme une comparaison aux meilleures pratiques, son application à l'hôpital se limite à une comparaison à la moyenne des établissements constituant l'échantillon. Les institutions qui pilotent ces bases sont garantes de la fiabilité des données recueillies, mais ne garantissent pas que les organisations qui en découlent sont performantes et concernent des établissements efficients.

Quoi qu'il en soit, de telles bases s'inscrivent dans le mouvement d'approfondissement de la connaissance du produit hospitalier et des processus. On assiste alors à un élargissement du domaine des connaissances et savoirs qui s'offrent au contrôle de gestion hospitalier.

A ce stade de notre réflexion, nous avons d'une part analysé les outils de la comptabilité analytique hospitalière et d'autre part étudié le développement de la discipline contrôle de gestion en termes académiques et son application dans les organisations au départ restreintes au secteur privé et industriel mais qui concerne de plus en plus d'autres organisations et notamment les organisations publiques. Or, la comptabilité analytique n'est qu'un outil dans la panoplie d'outils du contrôleur de gestion. A partir des limites de la comptabilité analytique hospitalière, tout l'enjeu consiste donc à étudier le passage de cette comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion.

3.2 Des thématiques nouvelles : de la comptabilité analytique au contrôle de gestion

A travers notre revue de littérature sur le contrôle de gestion et le diagnostic des écueils de la comptabilité analytique hospitalière effectué, nous voyons progressivement émerger la notion d'organisation. A ce titre, le contrôle de gestion doit être différencié du contrôle budgétaire. Le contrôle de gestion s'attache en effet à identifier les désordres dans l'organisation, qu'ils aient ou non une traduction comptable. Pour autant, l'incapacité d'un opérateur à établir un budget ou à le respecter peuvent être un des indices d'un problème plus profond à résoudre. Cette fonction doit donc passer trois étapes successives :

- Le contrôle : c'est le rôle historique du contrôle de gestion, à travers la comparaison des réalisations aux prévisions, et les actions correctives que de tels écarts doivent engager ;
- Le reporting : terme anglo-saxon qui signifie faire « remonter » l'information et implique de collecter, analyser et remettre en forme l'information pour la diffuser ensuite : cette fonction trouve son intérêt renouvelé dans le cadre des coopérations mais aussi de la délégation de gestion au niveau des pôles ;
- La mise au point des procédures : sur la base d'une connaissance fine des processus, il s'agit d'identifier les dysfonctionnements, rechercher les solutions en collaboration avec les intervenants sur le terrain pour proposer de nouvelles procédures et ainsi améliorer la performance de l'organisation.

L'objet même du contrôle de gestion hospitalier doit évoluer pour ne pas rester confiner au simple contrôle au sens de vérification. Un certain nombre de questions se posent alors. Quelles missions pour le contrôleur de gestion à l'hôpital ? Quels sont les acteurs du contrôle de gestion ? Est-il réservé au seul contrôleur de gestion ou d'autres acteurs peuvent-ils y contribuer.

Ainsi, un certain nombre de thématiques semblent émerger. Nous étudions trois notions qui s'imbriquent les unes dans les autres pour donner une nouvelle dimension au contrôle de gestion, la performance comme finalité, la contractualisation comme nouveau moyen d'action et le pilotage médico-économique qui doit en résulter.

3.2.1 La notion de performance médico-économique

La notion de performance est une des thématiques récurrentes des séminaires ENC devenus ENCC. Les auteurs se sont intéressés à cette notion en lien avec le contrôle de gestion comme vecteur ou préalable au pilotage interne.

De manière générale, les auteurs en sciences de gestion s'accordent pour retenir une approche globale et pluridimensionnelle de la notion de performance ; elle vise aussi bien la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation optimale des ressources, la productivité, la satisfaction des patient.

Ce constat s'inscrit dans un mouvement d'évolution de la notion.

Gosselin (1994) identifie ainsi quatre phases dans l'évolution de la mesure de la performance :

- Mesure de la performance financière : la performance s'apprécie sur le rapport Coûts / Bénéfices ;
- Contrôle des centres de responsabilité : l'intérêt commence à se porter sur la gestion stratégique mais toujours d'un point de vue financier ;
- Amélioration de la qualité : l'orientation vers la gestion stratégique se poursuit avec prise en compte de la clientèle et la qualité des produits et services offerts ;
- Gestion stratégique de la performance : les indicateurs sont aussi bien d'ordre financier, de qualité (accréditation…), indicateurs de satisfaction des clients, innovation.

Appliqué au cas hospitalier, l'un des enjeux majeurs est de faire passer l'hôpital d'une culture de moyens à une culture de résultats. Dans cette logique, la performance s'inscrit au cœur du nouveau cadre budgétaire. La stratégie conduit alors à sélectionner des objectifs en nombre limité, mesurés par des indicateurs. La mesure de la performance hospitalière est alors motivée par le souci de promouvoir la transparence pour l'ensemble des acteurs :

- La population sensible à la qualité et à la sécurité des soins ;
- Le gouvernement dans un souci d'amélioration des dépenses publiques ;
- Les gestionnaires en vue d'améliorer le management ;
- Les professionnels pour le souci d'amélioration des prestations de service.

Dans ce contexte, la mesure par des indicateurs doit porter sur des éléments quantitatifs mais aussi qualitatifs et se veut pluridimensionnelle. Elle appelle dont à d'interroger sur les liens avec la rentabilité, dans une perspective financière, l'attractivité de l'établissement, qui attesterait d'une certaine qualité des soins.

3.2.1.1 La performance se traduit-elle uniquement en termes de rentabilité ?

La rentabilité est définie de manière générale comme étant la capacité d'un capital à procurer des revenus soit par un placement, par un investissement. Il nous semble que ce terme est employé de manière plus simpliste (et péjorative) lorsque l'on parle de « rentabilité d'un établissement. Elle n'est rien d'autre qu'une marge entre des recettes et des dépenses.

En ce sens, et indépendamment du débat sémantique qui devrait nous amener à parler de marge, la question de la rentabilité ne nous semble pas suffisante pour apprécier la performance économique d'un service ou pôle. Elle est surtout inappropriée dans la cadre de la production de soins qui oblige prendre en compte des indicateurs autres que les seuls indicateurs financiers tels les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Ce processus de généralisation d'indicateurs de qualité est engagé depuis quatre ans par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec le tableau de bord des infections nosocomiales. Les objectifs dépassent le niveau de l'établissement dans la mesure où il s'agit de « répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés, et fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés ».

Par ailleurs, si la rentabilité peut être un indicateur d'efficacité pertinent, il n'est pas pour autant synonyme d'efficience, définie comme étant l'atteinte d'un objectif en minimisant les moyens. Il en résulte qu'un service ou un pôle pourra être rentable mais non performant s'il lui reste des marges de manœuvre et inversement, s'il est défavorisé par des tarifs peu avantageux mais organisé de manière optimale. C'est donc la performance qui permet de compléter le diagnostic organisationnel et notamment la notion de productivité. Soulignons qu'une fois encore, la productivité ne saurait être mesurée de manière « classique » à l'hôpital, c'est-à-dire en calquant le modèle issue de la sphère industrielle. Escaffre (2008) fait la démonstration que le volume de charges en soins directs par agent varie avec la lourdeur de dépendance du patient, et le nombre d'actes réalisés en moyenne n'a donc que peu de signification. Autrement dit, il invite à prendre en compte la qualité des relations sociales et non la recherche systématique de l'efficience et l'accélération du taux de rotation des patients pour réduire la durée du séjour (cause supposée essentielle du coût de la prise en charge) qui accroît le nombre de tâches administratives qui entrent en concurrence avec les tâches directes aux patients.

Dès lors que nous considérons la performance non plus en termes de rentabilité et en ajoutant notamment la question de la qualité des soins, c'est l' attractivité qui est visée et peut permettre, d'améliorer l'occupation de la structure et donc les résultats financiers. Rentabilité et performance seraient donc deux notions imbriquées.

3.2.1.2 La performance de l'établissement se traduit-elle par une plus forte attractivité ?

Nous l'avons dit, le PMSI a permis une véritable progression dans la connaissance du produit hospitalier. Elle implique en effet que les médecins hospitaliers rendent visible et compréhensible leur activité en utilisant une nomenclature de production à travers la classification des séjours au sein de groupes homogènes de malades (GHM). Elle s'est traduite par un accroissement des études statistiques au sein de l'établissement via son Case Mix et des comparaisons avec d'autres établissements dans une démarche de type benchmarking. Par ailleurs, dans un contexte concurrentiel, les études de parts de marché se multiplient sur cette base. Est-ce à dire que l'analyse de la population des hôpitaux publics pourrait se concevoir comme une démarche marketing de l'entreprise commerciale ? Si l'on poursuit cette logique, les choix stratégiques dans le domaine mercatique se fondent sur trois espaces (Escaffre, 2008) :

- La consommation, en se positionnant sur certains types de besoins exprimés par les consommateurs ;
- Les produits et les services spécifiques, une fois le secteur de consommation choisi, il s'agit de le segmenter en fonction des caractéristiques matérielles et psychologiques des désirs exprimés par les consommateurs ;
- La concurrence puisque l'entreprise n'est généralement pas seule sur les terrains qu'elle a choisis ; l'un des enjeux consiste repose sur des stratégies d'évitement et à l'inverse de la recherche de « niches non concurrentielles ».

L'étude progressive de ces espaces amène alors à choisir des formes organisationnelles en répondant aux questions suivantes :

- Faut-il se développer ou réduire la production ?
- Faut-il se spécialiser ou se diversifier ?
- Faut-il intégrer de nouvelles activités ou impartir (« faire », « faire faire » ou « faire avec »).

L'ensemble de ces questions peut se traduire par des formes nouvelles de coopération à l'hôpital, qu'il s'agisse de conventions, de Groupement de Coopération Sanitaires (CGS) ou

encore de Groupement d'Intérêt Economique (GIE) pour les modalités de coopérations les plus connues et sur lesquelles nous reviendrons en étudiant les évolutions connues par cette institution ces dernières années.

De ce fait, pour un hôpital à mission publique, le champ mercatique ne doit pas être négligé même s'il est parfois difficile à appréhender. En effet, la terminologie « marketing » fait peur et/ou déplait de prime abord aux hospitaliers qui y voient une connotation très commerciale. Pourtant l'hôpital, en tant qu'organisation, ne peut se passer de démarche marketing pour connaître les besoins et attentes de sa patientèle, la capter, lui proposer et promouvoir une offre de soins adaptée. Il s'agit donc de conduire les hospitaliers à prendre conscience de l'utilité d'une telle démarche en introduisant progressivement des actions marketing sous l'angle par exemple qualité ou de la communication[10].

Sur cette base, un certain nombre de chiffres peuvent être produits par chaque établissement pouvant garder une trace de ses patients classés au sein d'un GHM et au regard du code postal de provenance. On mesure ainsi l'attractivité de l'établissement. Des bases de données agrégées permettent par comparaison au case mix d'autres établissements de calculer la production globale de soins par GHM et ainsi mesurer des parts de marché par établissement ainsi qu'un taux de fuite. Pour autant, le chiffre n'est rien sans analyse et discussion. L'analyse de la provenance des patients nous semble alors intéressante pour le management hospitalier souvent davantage préoccupé par les contraintes financière. Elle doit par ailleurs être distinguée de l'épidémiologie qui étudie dans les populations l'apparition et la disparition de maladies identifiées, et permet d'évaluer certaines politiques sanitaires et les effets de la prévention. L'analyse de la clientèle se positionne à un niveau plus fin, celui de l'établissement ou d'un service de soins. Pour autant, elle n'est pas indépendante du phénomène épidémiologique qu'elle cherche à appréhender différemment et à modéliser à différents niveaux :

- La population générale de l'aire d'attraction de l'établissement ;
- La population en état morbide ;
- La population en demande de prise en charge collective ;

[10] Enseignements issus de la première journée internationale du marketing en santé, organisée par l'IAE de Lille le 25 Novembre 2010. Le caractère innovant de cette journée repose sur l'application du marketing en milieu hospitalier à partir de présentations de travaux de recherche universitaires et leur application managériale, ainsi que quelques témoignages de professionnels sur la démarche marketing menée dans leur établissement.

- La population prise en charge par l'ensemble des structures existantes dans l'aire d'attraction ;
- La demande attirée par l'hôpital.

Loin de la seule logique d'accoisement de l'activité inhérente à la T2A en termes quantitatifs, l'analyse de la patientèle s'intègre à une démarche plus qualitative en vue de caractériser le type de prise en charge et de pathologies sur lesquelles l'établissement souhaite se positionner. L'appui de personnes clés de l'établissement comme le responsable qualité ou communication peut alors apparaître comme un précieux levier d'actions en vue d'intégrer la démarche marketing dans leur stratégie et sa mise en œuvre afin notamment d'offrir des soins de qualité et adaptés aux attentes des patients.

Pour synthétiser cette réflexion quant à la notion de performance dans les établissements hospitaliers, il nous semble important de s'arrêter quelques instants sur un des acteurs importants qui doit venir en appui des établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé français, l'Agence Nationale d'Aide à la Performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (ANAP).

Instituée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, « l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. ». Elle est issue du regroupement de trois entités qui semble attester de la pluridisciplinarité de la notion de performance :

- GMSIH : Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier,
- MAINH : Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier,
- MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier.

Parmi les missions qui lui sont confiées, l'ANAP a identifié les leviers sur lesquels elle souhaite concentrer son action pour atteindre ses objectifs. Le premier d'entre eux a trait à la mise en œuvre des projets performance dans cinquante établissements et se traduit par la mise en place de « contrats performance ». Ces projets, testés par trois établissements pilotes lors de

la première vague et une vingtaine d'établissements lors de la seconde vague, se déclinent en plusieurs étapes. L'intérêt d'une telle démarche porte sur son caractère progressif, avec élaboration d'une feuille de route « sur-mesure » car issue d'une phase de diagnostic avec adaptation aux problématiques de l'établissement. Les critères de sélection des établissements par l'ARS comportent un volet financier en termes de projet d'investissement majeur ou de situation financière dégradée, mais aussi une dimension stratégique en termes d'amélioration de l'offre de santé sur le territoire.

Outre le fond, cette démarche est également intéressante quant aux conditions de sa mise en œuvre et la forme employée. En effet, la validation est ensuite partagée avec l'ARS et l'ANAP et formalisée par la signature d'un contrat tripartite qui déclenche la mise en œuvre. Cet exemple atteste de l'émergence d'un nouveau mode de régulation des établissements de santé via le recours au contrat.

3.2.2 La contractualisation dans les établissements de santé

Le contrat est l'un des modes de régulation nouveau du système hospitalier. Il résulte d'un double constat, celui d'un accroissement des moyens de contrôle externe de la production de soins mais dans un contexte nouveau, celui de la responsabilisation tant en externe, avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qu'en interne et sa déclinaison en termes de contrats de pôles qui génère un certain nombre de difficultés et nécessite d'étudier les conditions de sa mise en œuvre.

3.2.2.1 Contractualisation externe et projet d'établissement : la région comme niveau d'organisation des soins

Le contrat est depuis plus de quinze ans au centre des réformes hospitalières et de la démarche de contrôle de gestion qui en découle. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit en effet la possibilité de conclure des contrats d'objectifs. Cinq ans plus tard, l'ordonnance du 24 Avril 1996 introduit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui doit être signé entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et l'hôpital ; le décret du 2 Novembre 2006 va plus loin en apportant des précisions quant à l'objet et aux modalités de mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), à son évaluation, ainsi qu'aux sanctions prévues en cas de non-respect des différents engagements fixés.

La contractualisation entre l'ARS et les établissements traduit une volonté de responsabilisation des établissements. Elle va de pair avec l'amélioration des capacités de contrôle de la tutelle qui a acquis une plus grande connaissance des processus de production dans l'hôpital par le biais du PMSI, de la planification et de l'accréditation et qui est donc plus à même de demander aux établissements de s'engager sur des objectifs contrôlables (de Pouvourville et Tedesco, 2003).

De plus, la contractualisation ne se limite pas aux seuls enjeux stratégiques et la répartition de l'offre de soins sur le territoire. A titre d'exemple citons le Contrat de Bon Usage du Médicament des Produits et des Prestations (CBUMPP) conclu pour une durée de trois à cinq ans entre le directeur de l'ARS, le représentant légal de l'établissement et l'assurance maladie. En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé, un taux de remboursement de 100 % par l'assurance maladie est garanti à l'établissement.

L'établissement doit suivant le respect des référentiels de bonnes pratiques a minima effectuer les points suivants (extrait Article 3) :

- L'informatisation du circuit du médicament et du circuit des produits et prestations ;
- Le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative ;
- La traçabilité de la prescription, à l'administration pour les médicaments ou à l'utilisation pour les produits et prestations ;
- Le développement d'un système d'assurance de la qualité ;
- La centralisation de la préparation sous la responsabilité d'un pharmacien des traitements anticancéreux (pour autant que l'établissement de santé soit concerné)

3.2.2.2 Contractualisation interne : le pôle comme niveau de déclinaison des objectifs de l'établissement

Parallèlement à cette démarche de contractualisation avec la tutelle, une déclinaison interne est prévue par l'ordonnance du 24 Avril 1996 entre le représentant du centre de responsabilités et l'hôpital. D'abord facultative, elle est dorénavant obligatoire ; il s'agit de donner davantage de souplesse et d'adaptabilité à l'organisation médicale qui se traduit notamment par la mise en place des pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité contribuant à une déconcentration de la gestion. Cette nouvelle organisation de l'hôpital autour de pôles d'activité s'appuie sur un mécanisme

de contractualisation puisque le responsable définit contractuellement avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) les objectifs d'activité et de qualité ainsi que les moyens du pôle hospitalier.

3.2.2.3 Le statut du contrat et son caractère synallagmatique

Le contrat à l'hôpital qu'il soit externe ou interne est particulier pour différentes raisons. La définition du contrat nous amène à réfléchir sur son caractère synallagmatique remis en cause tant qu'aucun mécanisme de sanction ou de récompense n'est associé à ce type de contrats. En effet, on peut s'interroger sur le caractère véritablement contractuel de telles conventions. Peut-on réellement parler de contrat, défini au sens juridique comme étant une convention par laquelle une ou plusieurs parties s'obligent envers une ou plusieurs autres à faire ou à ne pas faire quelque chose ? Quelle validité accorder à un contrat pour lesquels des acteurs s'engagent à atteindre des objectifs sans maîtriser les moyens, alors que le niveau de demande donc d'activité est conditionné par les besoins de santé de la population ?

En amont, il n'engage pas deux parties libres de ne pas contracter ; c'est l'Etat qui impose les termes du contrat mais aussi les sanctions qu'elles soient positives ou négatives quant à son exécution. En ce sens, l'autonomie des établissements quant à la décision reste faible. Certains auteurs proposent donc de parler de délégation de responsabilité par fixation négociée d'objectifs et de moyens, à l'image de ce qui se fait dans une grande entreprise entre direction générale et unités de production.

Sa déclinaison interne confirme ce constat ; c'est le directeur et le président de la CME qui guident l'élaboration des contrats de pôle même si le cadre législatif a été assoupli par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui indique le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et moyens du pôle, après avis pour les pôles d'activité clinique et médico-technique du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

En aval, le succès de ces démarches de contractualisation est fonction de deux conditions.
La première a trait à la capacité de l'Etat à respecter ses engagements. L'exemple d'un établissement qui ne parviendrait pas à tenir ses objectifs économiques est à ce titre illustratif, l'Etat devrait effectivement le sanctionner en lui imposant une restructuration. Les Contrats de

Retour à l'Equilibre Financier (CREF) introduits dès le début de la tarification à l'activité en 2004, semblent aller en ce sens. Pour autant le rapport de mission relatif à des contrats, réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) avec le concours du Conseil général des établissements de santé publié en janvier 2008 établissent un constat sévère de cette politique contractuelle. Les difficultés rencontrées apparaissent tant au niveau de l'établissement que du suivi et du pilotage des CREF. Le rapport souligne 5 éléments de difficultés :

- Un cadre juridique « complexe et mis en œuvre de manière inégale selon les ARH » ;
- Un contenu des contrats à la base insuffisant pour permettre des résultats à la hauteur des enjeux ;
- Un déficit réel dans le pilotage national et régional ;
- Des faiblesses mesurables dans le management des établissements,
- Des freins consubstantiels au cadre de fonctionnement des structures publiques persistants.

Il en résulte un certain nombre d'incohérences ; dans le cadre des CREF, force est de constater que leur élaboration se traduit par un sous-dimensionnement des mesures au regard des objectifs qui auraient dû être assignés. La mission IGAS relève ainsi qu'une « part non négligeable de CREF ne comporte pas en toutes lettres l'objectif de retour à l'équilibre financier ». Par ailleurs, le projet médical des établissements est donc trop souvent établi indépendamment des objectifs financiers alors qu'il devrait être la déclinaison concrète de l'équilibre financier. La mission IGAS note ainsi que très peu de CREF proposent d'abandon ou de restructuration d'activités alors qu'il s'agit d'un point central du retour à l'équilibre financier.

La deuxième condition au succès des démarches de contractualisation est la capacité des dirigeants à décliner les engagements contractuels sur leurs propres services. Il est donc nécessaire que les services cliniques acceptent de prendre à leur charge la part du contrat et notamment absorber la contrainte budgétaire. Mais cette responsabilisation reste souvent difficile pour plusieurs raisons. En reprenant l'exemple des CREF, on remarque que certains organigrammes de direction sont construits sans tenir compte de la nécessité de relier le projet médical aux enjeux financiers. La direction des finances et du contrôle de gestion n'est pas forcément associée à la stratégie médicale alors qu'elle devrait la précéder. La stratégie médicale est ainsi un peu trop souvent l'œuvre de subtils arbitrages entre le politique et certains médecins. Ainsi, si cette phase préalable à la mise en œuvre du PREF est

insuffisamment travaillée avec des équilibres comptables purement théoriques (projections d'activités irréalistes notamment), l'ensemble de la démarche est vouée à l'échec.

Ce constat d'une insuffisance de lien entre direction et équipes médicale est également applicable au suivi des CREF. Certaines équipes se sont donc insuffisamment mobilisées autour de l'enjeu financier considérant que c'est avant tout l'affaire du directeur des affaires financières. Or, la question du retour à l'équilibre financier ne peut en effet être convenablement traitée qu'à la condition de respecter deux préalables. Le retour à l'équilibre doit être porté par l'ensemble de l'équipe de direction de façon transversale comme un fil rouge tissé par le contrôle de gestion. Ensuite, les équipes médicales et soignantes doivent se l'approprier non pas comme une contrainte mais comme la condition d'un développement durable des activités hospitalières.

En synthèse, la dimension politique de telles restructurations internes comme externes semble à l'origine de la difficulté à contractualiser en réponse à des enjeux financiers. Si l'on dépasse la seule dimension financière et en raisonnant de manière plus globale, le contrat revêt alors un statut particulier. SI l'on définit la démarche contractuelle comme une interaction de connaissances, il nous faut alors considérer qu'elle ait un statut logique pour son concepteur, que nous assimilons au directeur d'hôpital. Or, le recours au contrat à l'hôpital semble souffrir d'un manque de formation à la gestion de certains chefs de pôles ; la diversité des contrats entre hôpitaux mais aussi au sein même d'un hôpital atteste également d'une difficulté à capitaliser et à partager des expériences efficaces en vue de fonder un concept de contrat partagé. L'autre difficulté vient du fait que ce débat n'est que le résultat des dérives des contrats par objectifs, sans moyens pour les tenir et sans caractère synallagmatique. Dit autrement, les contrats sont imparfaits, car si les termes du contrat ne sont pas respectés par une partie, il n'existe pas ou peu de recours pour sanctionner les déviances. De ce point de vue le contrat signé entre un chef de pôle et un directeur général s'apparente davantage à un contrat moral qu'à un contrat de droit.

Conclusion du chapitre 3

Au travers de ce chapitre, il en ressort un certain nombre d'efforts quant à la mise en œuvre d'outils de gestion qui se révèlent pourtant insuffisants en vue de répondre à la difficulté de « faire ensemble » à l'hôpital (Pascal, 2000). De manière synthétique, ces difficultés résident dans des outils de gestion davantage centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'actions qui devraient pourtant être les éléments attendus d'un contrôle de gestion tel que définit récemment dans la littérature et qui se veut tourner vers le pilotage de la performance.

Or, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, ces outils fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources, sans s'attacher à comprendre et à modifier les causes profondes des dysfonctionnements du système. Nous l'avons dit, la performance est appréciée différemment par les acteurs au regard de leurs attentes. Dans ce contexte, demander des comptes à ceux qui détiennent le savoir est devenu monnaie courante, et ce dans un domaine où la confiance est essentielle. Le milieu médical est à ce titre différent d'autres secteurs, non pas que ce milieu s'y refuse, longtemps confiné dans l'autoavaluation, il est passé à l'inverse, une surexposition des classements, ceux des médias étant les plus visibles. Nous citons ici les travaux de Schilte et Minvielle qui définissent quatre formes d'*accountability*, selon que les comptes doivent être rendus aux citoyens, aux payeurs, aux patients ou aux professionnels. Ainsi, les comptes doivent être rendus non seulement sur les dépenses mais aussi sur la qualité des soins. Concernant les dépenses, les médecins y sont de plus en plus contraints, mais ils doivent aussi rendre des comptes quant à la qualité des soins prodigués , qu'il s'agisse des résultats cliniques mais aussi des conditions de sécurités et des modalités d'organisation de la prise en charge des malades. La question posée est donc la suivante : quels tableaux de bord pour le pilotage des établissements de santé ? Nous définissons ici le pilotage en associant management et contrôle de gestion, deux concepts dont nous avons déjà souligné les difficultés de mise en œuvre au sein des établissements.

Notre définition du contrôle de gestion en tant qu'outil d'aide à la décision au service du manager résulte bien cette articulation entre mangement et contrôle de gestion. Le premier peut être considéré comme l'art de conduire une organisation vers la réalisation de ses objectifs (le pilote), le second vise à concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement (le co-

pilote). En ce sens le pilotage se décline en deux étapes : celle de la conception des tableaux de bord dans un premier temps, puis celle du suivi des indicateurs dans un second temps.

Le point de départ est le constat d'une insuffisance de coordination interne qui conduit à préconiser des tableaux de bord permettant de maîtriser les processus impliquant les différents acteurs et ainsi compléter les approches financières et budgétaires essentiellement développées jusqu'ici. Ceci implique de définir des indicateurs physiques, utilisés et pilotés par les acteurs ce qui entraînerait un certain nombre de mutations pour le contrôle de gestion à l'hôpital.

L'une des questions qui se pose est celle de l'objet du contrôle de gestion. Or, jusqu'ici notre raisonnement reste exclusivement hospitalo-centrée. En introduisant la problématique de la stratégie, il demeure indispensable de s'interroger sur le niveau de l'organisation en lien avec l'évolution permanente qui caractérise l'hôpital et qui semble aller vers une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Le raisonnement semble dès lors se situer non plus au niveau de l'hôpital exclusivement mais pose la question de la rationalisation des organisations hospitalières, quel qu'en soit le niveau, en lien avec la problématique d'une offre globale de santé.

Finalement c'est la question du passage de la comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion que nous posons. Par définition, la comptabilité analytique vise à analyser des dépenses et des recettes par destination, selon une méthode définie au préalable. Elle permet de constituer des Comptes de Résultat Analytique par pôle, ou de manière plus ambitieuse, d'analyser un projet de service clinique en distinguant les charges fixes, déterminer ainsi le seuil de rentabilité et dimensionner le service. Il s'agit donc d'un outil intéressant mais insuffisant. Le passage au contrôle de gestion rend nécessaire le suivi et l'analyse des recettes d'hospitalisation, de consultation ou d'autres services, c'est-à-dire une forme de « reporting des ventes », face cachée du contrôle de gestion. L'étude des taux d'occupation des services ou des blocs opératoires, l'analyse des durées de séjour ou encore le suivi d'indicateurs de qualité introduisent une dimension nouvelle, celle de l'organisation sur la base d'indicateurs physiques, de productivité et non plus exclusivement financiers. L'activité du contrôle de gestion revêt alors une double caractéristique, technique elle requière aussi des compétences en matière de communication avec les acteurs y contribuant. Elle n'est dons pas réservée au seul contrôleur de gestion et se trouve à la croisée des chemins avec le DIM, la direction des finances et la facturation pour les aspects financiers mais s'appuie également sur les équipes

terrains. En effet, quel que soit le projet faisant l'objet d'une évaluation médico-économique, il est indispensable de vérifier la viabilité économique de la démarche stratégique mais aussi de valider l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle des hypothèses de travail auprès des équipes médicales et soignantes. Tous les champs du contrôle de gestion sont donc à investir collectivement et des collaborations ont à institutionnaliser pour créer la synergie et trouver les gisements de sous-valorisation, de sous-facturation, évaluer les projets de développement d'activité, mais aussi être garant au niveau central de l'exécution des décisions prises mais aussi des évolutions de la qualité des prises en charge.

A ce stade de notre réflexion, sur la base des travaux menés par les auteurs en sciences de gestion d'une part, et dans le champ de la santé d'autre part, nous pouvons donc identifier un certain nombre d'écueils dont semble souffrir le contrôle de gestion à l'hôpital parmi lesquels :

- Une insuffisante pise en compte de la dimension interne qui se traduit par un manque de réflexion stratégique et une vision réduite du contrôle de gestion tournée vers la simple connaissance des coût à usage de la tutelle ;
- Les difficultés du passage de la vérification à la maîtrise que devrait laisser sous-entendre le double sens du mot « contrôle » ;
- Le manque de « mise sous tension » de l'organisation hôpital qui contribue, pour partie, à la faible appropriation des outils par les acteurs sur le terrain.

L'un des éléments de réponse qui nous apparaît comme facteur explicatif des écueils du contrôle de gestion réside donc dans l'organisation et la déclinaison des promesses faites sur le papier en vue de l'atteinte de la performance médico-économique. La problématique qui en résulte réside dans l'identification d'un vecteur permettant d'assurer cette transition vers la prise en compte des logiques organisationnelles. Or, si l'on se réfère aux missions de l'hôpital, la principale d'entre elles résulte dans la prise en charge de patients. Dans ce contexte, le véritable défi auquel est confronté l'hôpital semble davantage se situer dans la maîtrise des modes de production que sur la connaissance des coûts. La question sous-jacente qui en résulte est donc de déterminer en quoi la maîtrise des processus de soins peut être un facteur de performance hospitalière ?

Ceci nous amène à adopter une autre définition du produit hospitalier en termes de prise en charge qui peut être représentée en tant que combinatoires de processus. Il s'agit donc de mettre en œuvre une cartographie des processus pour comprendre ce qu'ils font et ne font pas, ce qu'ils devraient faire et n'ont pas fait, ce qu'ils auraient dû faire , ou ce qu'ils font et ne

devraient pas faire. Ce raisonnement privilégie alors le parcours du patient comme objet nouveau de contrôle de gestion ; les processus qui le constituent semblent alors correspondre à différents niveaux de l'organisation.

Chapitre 4. Structure et fonctionnement de l'hôpital : l'ouverture de l'hôpital comme facteur de rationalisation des organisations hospitalières ?

4.1 La filière de soins comme objet nouveau du contrôle de gestion intra hospitalier 140

4.1.1 L'organisation du parcours patient comme garant de la qualité des soins et la maîtrise des coûts 140

4.1.1.1 Les leviers d'optimisation du séjour hospitalier 141

4.1.1.2 Du parcours patient au chemin clinique : la gestion par les processus ... 143

4.1.2 L'amélioration continue des prises en charge en tant que chemin clinique comme source de performance médico-économique 146

4.1.2.1 Un objectif d'optimisation du processus dans son ensemble 146

4.1.2.2 Quels indicateurs de performance ? 147

4.1.2.3 Lean management et coûts cachés 149

4.2 Le réseau comme niveau d'organisation pertinent pour des parcours de soins optimisés et un pilotage régional de la santé 151

4.2.1 Concentration et coopération des institutions sanitaires publiques et privées 152

4.2.1.1 Les raisons des coopérations entre établissements 152

4.2.1.2 Les modes de coopération à l'échelle du territoire de santé : des relations nouvelles à réguler 153

4.2.2 De l'hôpital « quatre-murs » aux réseaux sanitaires pour un parcours de soins coordonné 155

4.2.2.1 Du réseau de soins au réseau de santé 155

4.2.2.2 Le réseau au service du décloisonnement 157

Conclusion du chapitre 4 159

Pour introduire ce chapitre, nous partons à nouveau du mouvement de réformes connu par l'hôpital ces dernières années. En ce sens la T2A introduit certes un mode de financement nouveau lié à l'activité. Pour autant, couplée à d'autres réformes, elle oblige aussi à prendre en compte le parcours des patients.

En effet, ces réformes s'imbriquent les unes dans les autres et proposent ainsi quatre objectifs complémentaires pour améliorer le parcours de soins[11]. Nous résumons cette évolution autour de quatre champs d'action.

- Le premier champ d'action porte sur les nouveaux territoires de santé et coopérations au sein du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS[12]) qui implique une articulation pertinente entre les projets d'établissement validés par le contrat d'objectifs et de moyens. La réussite de cet axe de réforme passe par l'amélioration de la qualité des services offerts aux patients ;
- Le deuxième champ d'action se traduit par de nouvelles dimensions de la qualité et donc des relations avec les malades. La certification V2, ainsi que les Evaluations Pratiques des Professionnelles (EPP[13]) ou encore les démarches de gestion des risques, assurent cette transition vers la prise en compte des malades dans la relation de soins. Or pour offrir un service de qualité aux patients, il faut que médecins, administratifs, services techniques et personnels soignants se saisissent du sujet ensemble et trouvent des solutions ensemble afin d'accroître l'efficience de la prise en charge ;
- Le troisième champ d'action passe par de nouvelles modalités de gouvernance, pilotage et contractualisation interne ; en effet, un hôpital bien géré en termes de positionnement

[11] Avant d'en donner une définition plus précise, nous utilisons indifféremment les termes de «parcours de soins », « parcours patients » pour décrire l'enchaînement des soins, examens et services paramédicaux dont bénéficie un patient au cours de sa prise en charge, qu'elle soit hospitalière ou non.

[12] Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire devenu Schéma Régional d'Organisation des soins (SROS) est issu de loi HPST ; il s'intègre au Projet Régional de Santé (PRS) et voit l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

[13] L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a fait l'objet d'une définition dans un guide édité par l'HAS en 2005 *« L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé»,* chapitre 2 « Les approches et les méthodes ». L'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité des soins. Cet objectif peut recouvrir différentes situations : l'établissement de santé ou l'équipe de soins peut, par exemple, être confronté à un dysfonctionnement qu'il souhaite résoudre, ou vouloir évaluer une pratique par rapport à une autre pratique de référence, ou encore souhaiter optimiser la prise en charge d'une pathologie. Le choix de la méthode sera donc différent selon la situation.

stratégique et dynamique collective, permet d'optimiser le nouveau dispositif de financement et mieux utiliser les ressources ;

– Le quatrième champ d'action traduit cet objectif à travers les réformes tarifaires, budgétaires et comptables (T2A, EPRD…).

Au final, ce dernier champ d'action oblige à une recomposition et une reconversion de l'offre de soins qui passe par de nouvelles configurations au sein des territoires de santé.

L'ensemble de ces champs d'action s'articulent donc de la manière suivante :

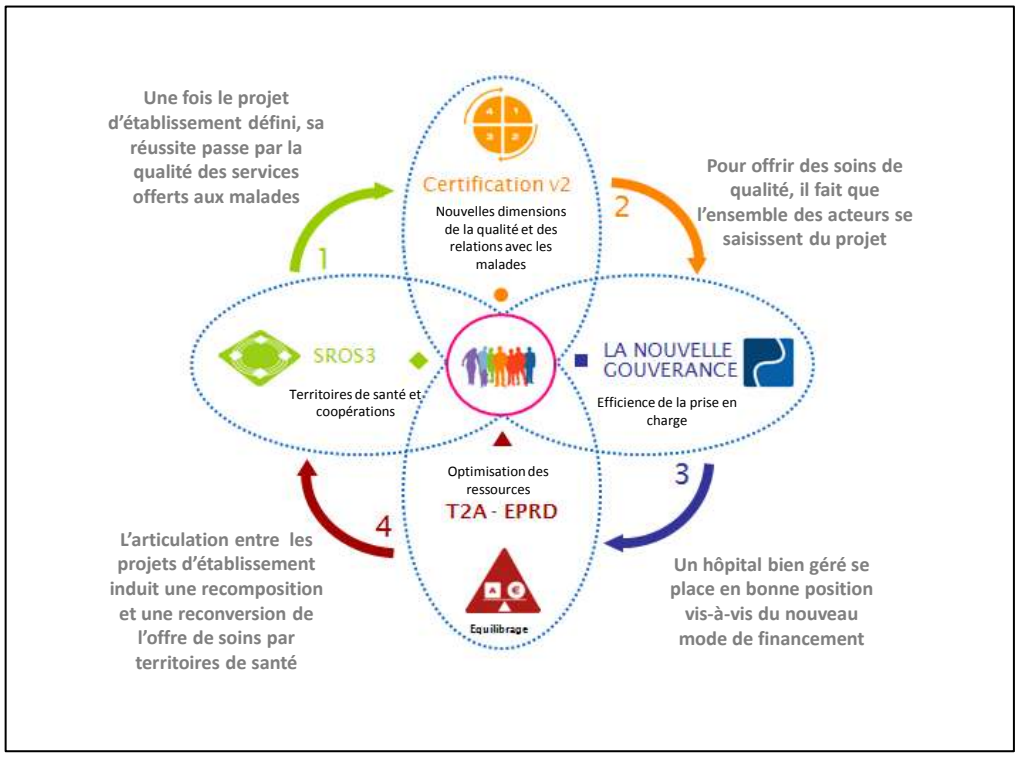


Figure 12 : Le sens des réformes
Source : www.reformes-hospitalieres.com « Ensemble Modernisons l'hôpital »[14]

Par la T2A, qui reste probablement la réforme la plus marquante dans l'évolution du fonctionnement du système de santé, nous introduisons l'idée selon laquelle le financement ne se résume pas à une simple corrélation avec l'activité hospitalière mais oblige à prendre en compte le parcours du patient. Ceci va dans le sens d'un décloisonnement de l'hôpital. Pour

[14] Le Comité de Suivi des Réformes Hospitalières (CSRH), mis en place le 8 février 2006, est issu de la fusion des comités de suivi des réformes du plan Hôpital 2007 et du comité de pilotage du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières (mis en place en mai 2005). Il vise à suivre, émettre des avis et faire des propositions quant aux réformes hospitalières.

autant, malgré cette ouverture au sein de l'hôpital à travers la tentative de prise en compte de la dimension plurielle de la performance, la réflexion reste essentiellement hospitalo-centrée.

Seule la prise en compte du territoire de santé à travers le SROS introduit quelques éléments quant à l'organisation du système de santé dans son ensemble autour de deux axes :

- Des coopérations entre établissements hospitaliers dans une perspective d'efficience du système de santé dans son ensemble ;
- De nouvelles organisations entre acteurs de santé en vue de dépasser la vision hospitalo-centrée.

En interne, la complexité des prises en charge, souvent utilisée par le corps médical et soignant pour dénoncer la non représentativité du PMSI au travers des GHM en vue de décrire la réalité de l'activité hospitalière, semble trouver quelques éléments de réponse si l'on raisonne de manière transversale en termes de chemin clinique. De plus, l'hospitalisation peut être considérée comme un « incident » dans le process de prise en charge. En ce sens, cet épisode de soins doit être vu en dehors de la seule logique hospitalo-centrée ; il passe par une organisation de la trajectoire optimale de la prise en charge qui invite à penser au devenir du patient dès l'entrée et à développer des alternatives à l'hospitalisation. Ce sont les soins de ville qui assurent la continuité à travers le travail en réseau et l'application du principe de subsidiarité.

L'articulation entre ces deux niveaux d'organisation, nous amène à appréhender différemment la logique introduite par la T2A . Tant l'organisation intra-hospitalière qui se veut plus transversale dans une perspective de qualité des soins et oblige à raisonner en termes de chemin clinique, que l'organisation d'ensemble du système de santé qui appelle de nouvelles coopérations entre acteurs, l'enjeu reste la qualité et la continuité des soins, au sein de structures complémentaires et coordonnées sans pour autant négliger l'optimisation des ressources. Une telle cohérence du système de santé devrait alors être un gage de performance globale.

Pour autant, outre les difficultés propres à chaque établissement hospitalier qui se traduisent par une hétérogénéité de la situation de chacun, qu'il s'agisse de l'équilibre financier, de l'organisation interne, de l'instrumentation de gestion, la prise en compte du parcours patient est elle aussi source de difficultés. Les exemples sont nombreux et peuvent être résumés à travers quelques points critiques :

- Des acteurs multiples en interne et en externe qui ne se connaissent pas ;
- Un manque de lisibilité des rôles de chacun et des offres de soins disponibles ;
- Des structures éparpillées ;
- L'absence de Dossier Patient Partagé (DPP) ;
- Un manque de temps de coordination pour les patients fragiles ;
- Une prise en charge morcelée ;
- Une répétition des actes ;
- Une régulation difficile entre activité programmée et non programmée (urgences).

Ces difficultés sont le fruit de préoccupations divergentes pour chacun des acteurs :

- Pour le patient et son entourage, une réponse immédiate aux besoins ;
- Pour les professionnels du domicile, des actes compatibles avec une activité libérale ;
- Pour les professionnels hospitaliers, la gestion des flux et de l'activité ;
- Pour les structures médico-sociales, une approche centrée sur le projet de vie.

Au-delà du débat sémantique, l'enjeu réside donc dans le décloisonnement du système de santé : le maintien ou le retour à domicile d'une personne âgée, la prise en charge d'un patient séropositif toxicomane, l'accompagnement d'un malade en fin de vie sont des situations médicales, psychologiques et sociales complexes ; elles sont caractérisées par une multiplicité de contraintes et exigent l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses ; cette intégration est gênée par :

- Le cloisonnement entre des disciplines médicales de plus en plus spécialisées, au champ d'intervention de plus en plus étroit ;
- Le cloisonnement entre hôpital et médecine ambulatoire, généralistes et spécialistes, secteur public et secteur privé, professionnels de santé et administratifs ;
- Le cloisonnement entre champ social et champ médical ;
- Le cloisonnement entre prévention, médecine curative et réinsertion.

Il s'agit donc de mettre en œuvre d'une certaine cohérence dans l'organisation du parcours de soins. Le caractère unique de la prise en charge du patient, traduisant sa complexité rend difficile toute tentative de modélisation du fait des caractéristiques propres du patient (âge, pathologie, comorbidités associées), mais aussi de la succession des épisodes de prise en charge et de la diversité des acteurs intervenants. L'enjeu reste donc dans la permanence des

soins principalement assurée par la médecine de ville. A titre d'exemple, un exemple de process général de prise en charge peut être décrit de la manière suivante :

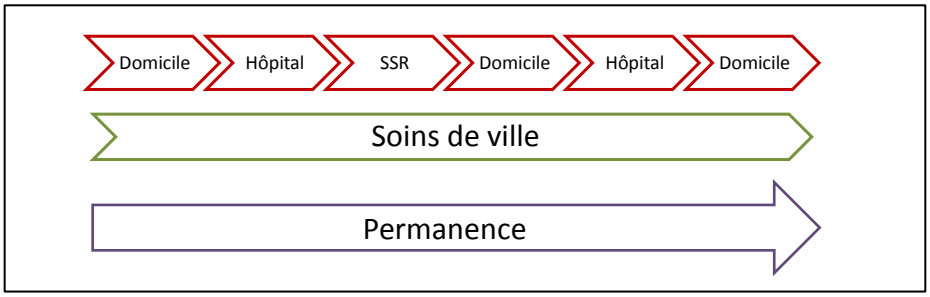


Figure 13 : Process général du parcours patient
Source : CNEH

C'est l'ensemble de ce process que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre en tant qu'approche novatrice du contrôle de gestion allant dans le sens d'une plus grande transversalité de la prise en charge à l'hôpital mais aussi dans le cadre d'une collaboration renforcée entre établissements et / ou au sein de réseaux ville-hôpital. Nous étudions le process général de prise en charge du patient en fonction de différents niveaux d'organisation possibles. Le modèle qui en résulte, issu de la littérature et des expériences y compris internationales se veut donc généraliste et illustre la fin de l'hôpital « quatre-murs » qui constitue selon nous un facteur de remise en cause du contrôle de gestion à l'hôpital et dépasse les seules limites des outils telles que nous les avons mises en avant au profit d'une réflexion sur le niveau de l'organisation comme facteur de contingence du contrôle de gestion hospitalier.

Au préalable, et avant d'approfondir les définitions issues de la littérature, une première distinction peut être opérée et permet d'articuler l'argumentation développée dans ce chapitre. La distinction Filière (4.1) / Réseau (4. 2) telle qu'opérée par Escaffre (2008) apparaît ainsi comme un bon élément caractérisant le niveau de l'organisation pris en compte.

– Les « filières » sont les situations les plus fréquentes dans les circuits d'hospitalisation, dans un contexte d'hyperspécialisation où les moyens technologiques à disposition des équipes soignantes hospitalières sont irremplaçables ;
– Le « réseau » correspond à un type de régulation plus large des relations entre personnes et plus particulièrement entre professionnels.

4.1 La filière de soins comme objet nouveau du contrôle de gestion intra hospitalier

Le pôle a voulu créée des synergies, mais fait courir le risque d'un niveau de stratification supplémentaire et donc d'un pôle au mieux comme « coquille vide » au pire, comme source de cloisonnement supplémentaire. Or, la transversalité est rendue nécessaire par la transformation des processus de production, plus complexes et mis en œuvre dans un contexte d'accélération de la prise en charge et d'intensification des soins. La conduite de tels processus reste un problème pour lequel l'expertise des soignants est incontournable, et ce d'autant plus que les personnels administratifs investissent peu dans la connaissance des pratiques médicales et de l'organisation des soins.

La modélisation du parcours patient en vue d'agrémenter les outils d'aide au pilotage d'un établissement, est un thème novateur auparavant peu abordé en tant que tel. Il en résulte que la bibliographie traitant de ce sujet est restreinte. Elle aborde principalement l'organisation transversale des flux de patient et recouvre un vocable très diversifié, sont ainsi mentionnés les notions de « filière », « trajectoire », parcours de soins », parcours patients », « parcours de la personne hospitalisée » ou encore de « chemin clinique ».

4.1.1 L'organisation du parcours patient comme garant de la qualité des soins et la maîtrise des coûts

L'optimisation du séjour hospitalier passe par différentes actions possibles. L'organisation du séjour sur la base de l'agenda du patient, l'amélioration de la coordination en interne à partir d'une gestion des lits efficace, la qualité de la prise en charge de la définition du diagnostic au traitement via des réunions de concertation pluri professionnelles en sont quelques exemples. La recherche de l'efficience passe ainsi par une approche nouvelle du produit hospitalier, non pas centrée sur le GHM, mais dans une vision plus dynamique qui prend en compte l'ensemble du processus de prise en charge du patient à l'hôpital.

4.1.1.1 Les leviers d'optimisation du séjour hospitalier

L'agenda du patient est l'axe autour duquel se structurent toutes les activités nécessaires à la prise en charge de la pathologie du patient. Il représente une alternative au modèle actuel qui privilégie l'accomplissement des interventions des « métiers », et non les « régulations entre les métiers ». La gestion de l'agenda du patient vise ainsi à réduire les délais d'attente inutiles entre les séquences d'un séjour et les coûts qui leurs sont attachés. Il se traduit par une planification stricte de la journée du patient.

Le concept d'agenda du patient repose sur quatre grands principes :

- Recentrage autour du patient et de l'emploi du temps hospitalier ;
- Gestion prévisionnelle des soins, promouvant une organisation basée sur les résultats, c'est à dire la production de prises en charge de patients ;
- Adéquation entre la durée de séjour et les besoins du patient, sans impact des contraintes propres aux professionnels ;
- Réduction des pertes de temps entre les séquences de prise en charge.

La mise en œuvre de cet agenda du patient poursuit des objectifs interdépendants autour de deux piliers de la relation de soins :

- La sécurité de la prise en charge pour « trouver le bon lit au bon moment », pour le patient programmé ou non ;
- L'optimisation du processus de prise en charge, c'est-à-dire celle qui s'effectue en un minimum de temps et contribue ainsi à la réduction des coûts.

La gestion des lits est un vecteur important pour permettre cette régulation sur la base de l'agenda du patient. Il s'agit d'un actif fondamental de l'hôpital, une référence à laquelle le monde hospitalier est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou quantifier une activité.

- A l'entrée du patient : il doit permettre d'accroître la transparence des disponibilités et de pallier l'inadéquation offre / demande, d'autant plus prégnant que le déséquilibre entre programmé et non programmé est important ;
- Au cours du séjour : il doit se traduire par des DMS réduites par rapport aux seuils, des prises en charge adaptées à la structure d'hospitalisation en vue de concilier efficience et mission d'accueil ;

– A la sortie du patient : il doit pallier le manque d'anticipation, la non-régulation des flux d'entrée et de sortie, l'absence de coordination avec les structures d'aval et l'implication nécessaire de l'entourage.

De manière schématique, le parcours du patient faisant l'objet d'une prise en charge à l'hôpital, par définition ponctuelle, pourrait être modélisé en trois temps :

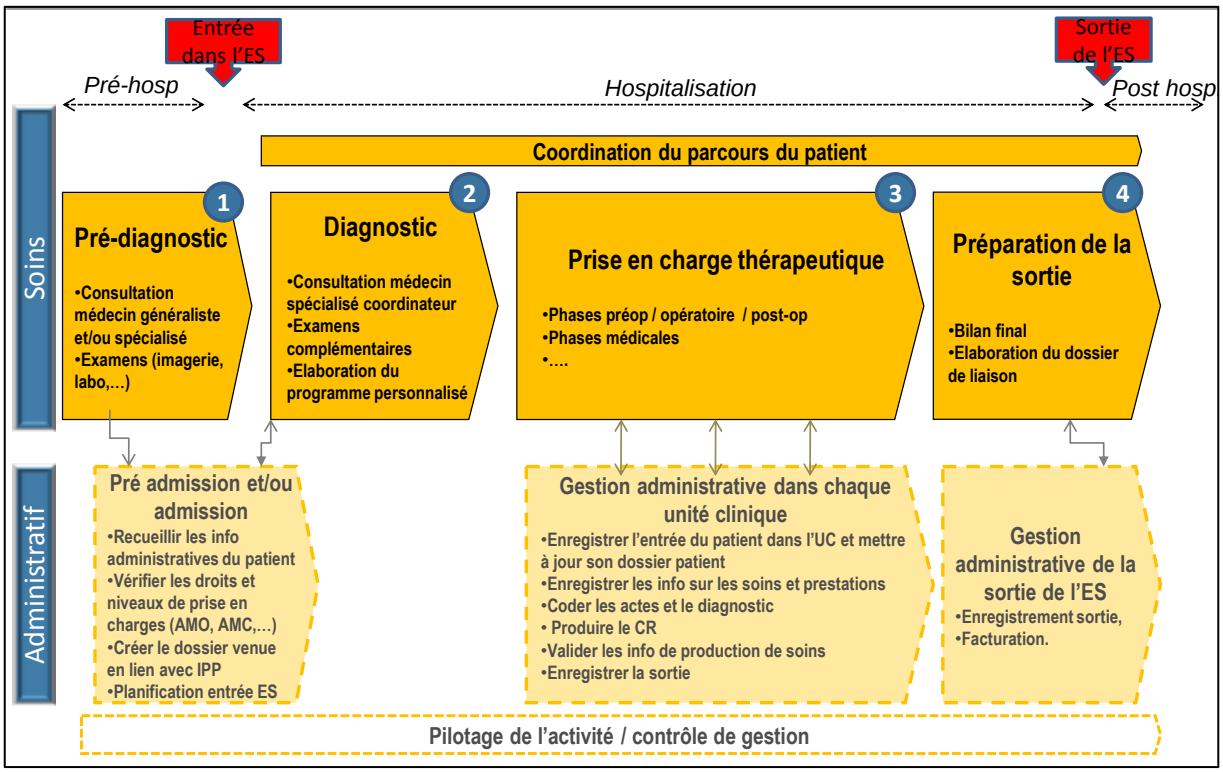


Figure 14 : Modélisation générale du parcours patient
Source : CNEH

Le cas particulier des séjours longs est un exemple de non maîtrise de l'agenda du patient et de ses conséquences en termes de gestion des lits. Ils représentent une part peu importante de séjours mais importantes de journées. Ces séjours, sont une réalité pour la plupart des établissements et correspondent le plus souvent à des problèmes d'organisation de l'aval (patients polypathologiques, problèmes sociaux) et comprennent des journées non pertinentes sauf, lorsqu'ils correspondent à des causes médicales, en réanimation par exemple, indépendantes d'une forme de norme attendue pour la prise en charge de la pathologie. Cet exemple traduit bien toute la difficulté d'une modélisation précise par pathologie prise en charge sans pour autant rendre inadaptée toute tentative de standardisation des prises en charges.

4.1.1.2 Du parcours patient au chemin clinique : la gestion par les processus

Dans un contexte d'individualisation de la demande de soins, les modalités de prise en charge sont adaptées à la pathologie de la personne et font appel à des facteurs humains, structurels et organisationnels ; les auteurs différencient ainsi deux types de parcours, des parcours rectilignes courts qui correspondent à des cas simples et des parcours plus longs composés de boucles et bifurcations révélateurs de cas plus complexes. Cette schématisation qui prend en compte la variété et la variabilité des prises en charge renvoie la notion de parcours au concept de trajectoire.

Ces travaux autour de la distinction entre les notions de « parcours de soins » et de « trajectoire » posent dès lors la question des dynamiques organisationnelles et se déclinent selon trois niveaux : la réalité des tâches à effectuer de la meilleure façon pour aboutir à un soin de qualité, des personnes impliquées qui ont des logiques professionnelles différentes, et la culture institutionnelle partagée pour concilier l'éthique médicale et les missions de service public avec la maîtrise des coûts dans l'organisation retenue.

Enfin, parmi les thèmes largement développés dans la littérature figure le concept de « chemin clinique » dont l'objectif est la sécurisation de la prise en charge. Il est défini comme étant le parcours du patient pour une pathologie donnée, faisant référence à des normes ; il est donc standardisable et les tâches des équipes soignantes y sont standardisées.

Le chemin clinique est l'un des axes identifiés pour l'EPP. Pour mettre en œuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, il est essentiel d'identifier l'objectif de la démarche et le type de démarche auquel on est confronté. Une fois l'objectif clarifié, le choix de la méthode la plus adaptée contribue à la réussite du projet. Pour chaque objectif, l'approche à privilégier et les méthodes correspondantes peuvent être présentées dans le tableau suivant :

▫ OBJECTIFS	▫ APPROCHES	▫ MÉTHODES UTILISABLES
▪ Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	▪ Approche par comparaison à un référentiel	▪ Audit clinique ▪ Audit clinique ciblé ▪ Revue de pertinence ▪ Enquête de pratique
▪ Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné ▪ Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	▪ Approche par processus	▪ Analyse de processus ▪ Chemin clinique ▪ AMDEC[1]
▪ Traiter un dysfonctionnement ▪ Analyser et traiter des événements indésirables	▪ Approche par problème	▪ Méthode de résolution de problème ▪ Analyse des processus ▪ Revue de mortalité-morbidité ▪ Méthodes d'analyse des causes
▪ Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	▪ Approche par indicateur	▪ Mise en place et analyse d'indicateurs ▪ Maîtrise statistique des processus
▪ Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	▪ Recherche évaluative	▪ Méthodes spécifiques

Figure 15 : Approches et méthodes de l'EPP
Source : « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé», HAS, Juin 2005

Face à cette diversité de définition, nous retiendrons une définition pragmatique du chemin clinique, défini comme étant une méthode d'amélioration de la qualité de la prise en charge visant :

– La performance de la prise en charge pluridisciplinaire ;

– De patients présentant la même pathologie ou le même problème de santé ;

– Par la description de la prise en charge optimale et efficiente, à partir des recommandations de bonnes pratiques.

Elaborer un chemin clinique est donc un travail long et fastidieux mais qui a le mérite de sortir des aspects purement budgétaires au profit de la mise en évidence des dynamiques organisationnelles. En faisant émerger de nouveaux acteurs, il met en évidence des savoirs nouveaux et réclame une réelle coordination des acteurs dans le cadre de relations plus nombreuses et plus diversifiées.

La méthode d'élaboration des chemins cliniques repose sur le mode projet et s'organise donc en plusieurs étapes :

– Le choix de la pathologie objet du chemin clinique : il s'agit de pathologies ou de situations de dépendance prioritaires faisant l'objet d'une homogénéité certaine, avec un risque patient

important et devant concerner un maximum de patients (80% des patients relevant de la pathologie devant être pris en charge dans le cadre du chemin clinique) ;

- La description du processus oblige à segmenter la prise en charge en tâches élémentaires (consultations, soins, prescriptions médicamenteuses, examens, actions de prévention, d'information de rééducation…) avec pour avantage la mise en évidence des interfaces organisationnelles mais pour contrainte la nécessité d'un consensus ;
- L'analyse de la littérature en vue d'identifier les recommandations professionnelles françaises ou internationales, la réglementation et les chemins cliniques déjà construits sur le thème traité ;
- L'élaboration du chemin clinique en commençant par la définition des critères d'inclusion et d'exclusion, puis la planification des opérations journalières voire horaires y compris avec l'extérieur (réseau, ambulatoire…)
- L'analyse des écarts et l'évaluation de la pertinence du chemin clinique en cas de déviance de l'état du patient au cours de sa prise en charge, par rapport aux résultats attendus ;
- La mise en œuvre des actions correctives en cas de non utilisation des chemins cliniques par manque d'appropriation par les professionnels ou problème de cible des patients ;
- L'actualisation du chemin clinique (critères d'inclusion, prise en charge type, nouvelles recommandations ou modifications de pratiques…).

La méthode projet se veut garante de la légitimité des chemins cliniques dans le cadre d'une relation de soins faisant intervenir de plus en plus d'acteurs détenant des savoirs qui leurs sont propres mais complémentaires. Pour autant, deux limites peuvent être reprochées à ce concept, la restriction à une pathologie donnée et la non-adaptation à des événements imprévus. A l'inverse le concept de parcours patient est plus large mais aussi moins théorique, dans la mesure où il est le constat d'une réalité maîtrisée ou non.

Plus généralement, une telle modélisation pourrait être considérée comme réductrice au regard des aléas, des adaptations et des variations qu'impose le traitement d'êtres humains. Or, compte-tenu de la singularité des trajectoires individuelles des patients, il ne saurait être question de normaliser à la manière de Taylor, de façon précise l'ensemble des activités participant à la prise en charge.

Pour autant, sur la base d'une analyse collective des pratiques, ces modélisations et les procédures visent plus modestement à identifier quelques points clés, quelques passages

obligés de toute prise en charge quelles que soient la ou les pathologies traitées, pour contenir les processus de production dans des limites acceptables en termes d'organisation et de performance. La performance hospitalière revêt alors deux aspects : d'une part, l'identification des sources de dysfonctionnement et d'autre part les recommandations de bonnes pratiques.

4.1.2 L'amélioration continue des prises en charge en tant que chemin clinique comme source de performance médico-économique

Outre les réflexions relatives aux indicateurs de performance, deux grandes thématiques peuvent faire l'objet d'une analyse : le lien entre la maitrise des processus et la performance d'une part et le caractère pluridimensionnelle de la performance.

4.1.2.1 Un objectif d'optimisation du processus dans son ensemble

L'organisation du travail dans les services de soins invite certains auteurs à définir l'hôpital en tant qu'organisation productrice de services et à considérer des processus de prise en charge du patient. Ce système est alors calqué sur le modèle industriel qui considère le processus comme étant un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments d'entrée et de sortie, aboutissant à la production d'un bien ou d'un service avec une valeur pour le client. Appliqué au cas hospitalier, on peut définir le processus de soins comme une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens humains et matériels accompagnée de la transmission des informations et de procédures formalisées dont le patient est le principal bénéficiaire (Conte V., mémoire EHESP, 2008).

Cette approche n'est pas sans rappeler le modèle de la « Supply Chain Management » ou le pilotage par les processus et les coûts. Issu de la sphère industrielle, il repose sur une description de la chaîne par des nœuds et des arcs en vue de l'optimisation conjointe de la chaîne logistique par l'efficience des relations entre acteurs qui se décline en trois axes :

- Localisation, allocation et définition de la capacité des sites de production et de distribution ;
- Politique et optimisation du stockage ;
- Logistique de distribution.

Appliqué au cas hospitalier le modèle est le suivant :

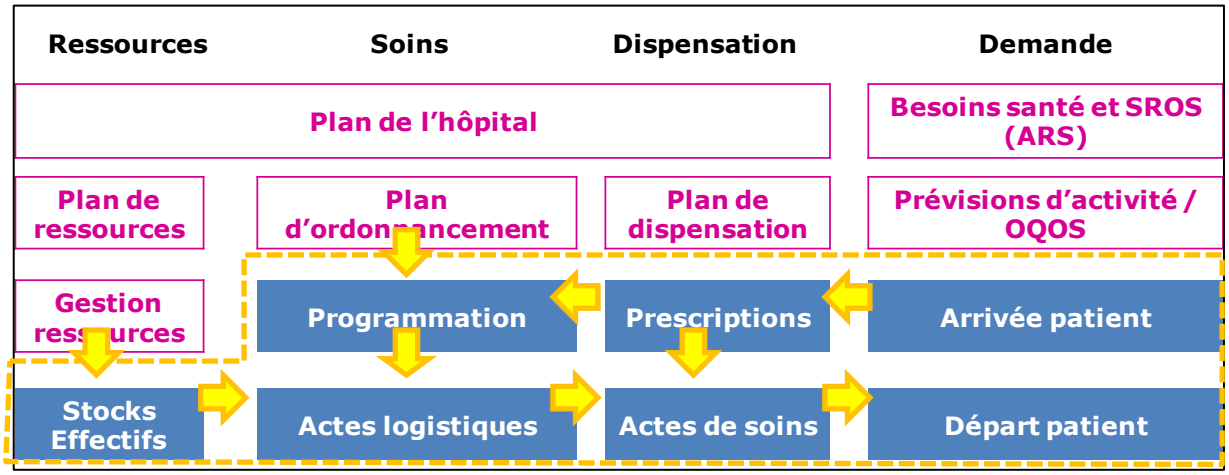


Figure 16 : Supply chain management : le modèle hospitalier

En conséquence, la mise en œuvre de chemin clinique, suppose de recourir à l'analyse des processus et à la planification des soins sur la base de procédures de soins et de protocoles thérapeutiques.

4.1.2.2 Quels indicateurs de performance ?

L'étude pluridimensionnelle de la production est quant à elle à relier à un instrument tel que le Balance Scorecard ou tableau de bord équilibré qui constitue un système de management garantissant la clarification et la formalisation de la stratégie des organisations sous quatre perspectives Financières, Client, Processus Internes et Apprentissage organisationnel sans oublier une perspective essentielle dans le cadre d'une activité appliqué à un produit humain, le patient, la qualité.

Nous proposons de regrouper l'ensemble de ces indicateurs autour de ces cinq axes d'analyse de la performance qui visent à répondre à des questions et problématiques complémentaires :

	Questions	Indicateurs
Perspective **Activité / Patients**	• Quelles sont les attentes et besoins des patients? • Sont-elles/ils satisfait(e)s? • Le positionnement de l'établissement sur le territoire (réseau, CHT,…) est-il pertinent?	• Attractivité de l'établissement, reconnaissance en tant que référent dans le territoire : • Autorisation de l'ES/concurrents • Part de marché (réalisé) ES/concurrents
Perspective Organisation et fonctionnement	• Quels sont les processus ayant des répercussions sur la qualité des soins qui pourraient être améliorés? • Quel est le niveau d'ouverture et la capacité du personnel à tendre vers le changement et améliorer les modes de fonctionnement?	• Délai d'accès au soins • Taux de CR, fiches de circulation,… renseignés dans les 48 H • Taux d'évaluation de la complexité de l'aval dans les 48H • Taux de sortie avant 13H • Taux d'admission avant 14H • Taux de pré-admission • Taux de déprogrammation à J0
Perspective Ressources humaines	• Le personnel est –il bien formé, calibré,…?	• *Charge en soins* • *Taux d'absentéisme* • *Taux de précarité* • ……
Perspective Qualité et sécurité	• Le parcours respecte-t-il les exigences qualité ? • Le niveau de qualité est-il atteint ? • un dispositif de gestion des risques liés à la prise en charge est-il mis en place (alerte, mesures correctives, procédures,…)?	• *Niveau de réponse aux attentes des patients (plaintes et réclamations, dossiers, préparation sortie,…)*
Perspective Finances	• Le parcours des soins est-il optimisé en termes d'utilisation des ressources (maîtrise des coûts) et d'obtention de recettes (codage, facturation,…)?	• Production réelle/ETP • Production réelle/capacité réelle • Charge en malades du personnel soignant • Taux de jours ouvrés par service pour lesquels 75%<TO<95% • Coût complet metaGHS/ENCC • DMS

Figure 17 : Axes d'analyse de la performance du parcours patient et indicateurs de mesure
Source : CNEH

La construction et le suivi des indicateurs est l'apanage du contrôle de gestion.

- Dans le cadre de la construction du chemin clinique, il participe notamment au choix du chemin clinique, aux critères d'inclusion ou d'exclusion des patients, à l'aide au diagnostic, à la construction des indicateurs de suivi et l'évaluation ;
- Dans le cadre du suivi du chemin clinique il anime la construction et le suivi par tableau de bord, ainsi que l'analyse des écarts.

Plus globalement, les enjeux du contrôle de gestion résulte dans l'accompagnement dans la conduite de projet, l'aide à la mise en place d'un système d'informations adapté, la formation, la communication interne et institutionnelle et enfin la contractualisation.

Pour autant, la construction et le suivi des indicateurs suppose une connaissance de l'ensemble du processus et l'identification d'éventuelles zones d'ombres et / ou la recherche de facteurs explicatifs en cas de détection d'incohérences.

4.1.2.3 Lean management et coûts cachés

Le lien entre processus et performance nous amène à mobiliser les méthodes du *Lean management* définie de manière globale comme étant l'ensemble des techniques visant à l'élimination de toutes les activités à non-valeur ajoutée. Le Lean management est, de ce fait, une technique de gestion essentiellement concentrée vers la réduction des pertes générées à l'intérieur d'une organisation, pour une production et un rendement plus justes. La difficulté provient de l'identification de ces dysfonctionnements générateurs de coûts non intentionnellement cachés mais invisibles car non calculés tels que mis en évidence par Savall.

La méthode de travail requise par le *Lean management* vise donc quatre objectifs :

- Réduire la durée des cycles ;
- Diminuer les stocks ;
- Augmenter la productivité ;
- Optimiser la qualité.

Or, chacun de ces objectifs, plutôt quantitatifs, supposent de bien définir le processus notamment en lien avec ces deux derniers objectifs que sont l'analyse en vue de définir des

indicateurs de productivité – performance et ce dans une perspective certes financière mais aussi au sein d'une prise en charge de qualité.

L'intégration des chemins cliniques dans les contrats de pôle facilite les termes contractuels sur tous les déterminants de la performance et réduit ainsi le risque de dysfonctionnements cachés.

- Partie « Organisation » : anticipation du recrutement en amont et fluidification en aval dans le cadre de collaboration avec les établissements et / ou les professionnels libéraux ;
- Partie « Qualité » et « Evaluation » : suivi et évaluation de la qualité sur la base des indicateurs des chemins cliniques choisis dans le cadre du contrat de pôle ;
- Partie « Management » : négociation sur les ressources (notamment RH et SIH) basée sur la planification issue des chemins cliniques et motivation accrue pour les équipes et responsables de pôle ;
- Partie « Efficience » : fixation d'objectif de réduction des durées de séjour ou d'amélioration du rapport Activité / Ressources (taux d'occupation par exemple).

L'optimisation du séjour hospitalier se décline également en aval en vue de favoriser la continuité des soins via le travail en réseau et des projets de prise en charge des soins individualisés. Au final l'enjeu réside aussi dans l'ajustement des capacités d'hébergement aux besoins du bassin de population et repose sur l'analyse des circuits qui peut se décliner au sein de plusieurs modes de coopération.

Parmi celles-ci, le dispositif « Communauté Hospitalière de Territoire » (CHT) a été créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST. La loi prévoit ainsi que la CHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements publics de santé et grâce à la télémédecine. Parmi les domaines d'activité potentiels de cette forme de coopération, les projets de CHT sont principalement centrés sur l'organisation de filières de soins structurantes dans des domaines identifiés comme prioritaires et/ ou fondamentaux : prise en charge des AVC, urgences cardiologiques, soins de suite et de réadaptation, cancérologie, gériatrie, ou encore périnatalité. Les projets de CHT concernent également des spécialités médicales insuffisamment accessibles, et pour lesquelles il convient de maintenir une offre de proximité satisfaisant aux exigences tant de sécurité et de qualité (ORL, urologie, ophtalmologie…) ».

Au terme de cette partie, il apparaît donc que la réflexion organisationnelle doit se décliner au niveau du parcours de soins dont le principal intérêt est de prendre pour point de départ le patient, non pas en tant qu'élément moyen classé en fonction de critères d'homogénéité au sein d'un GHM, mais plutôt en tant qu'individu faisant l'objet d'une prise en charge si possible standardisée mais surtout optimisée.

Dit autrement, le raisonnement mené à partir du parcours de soins et l'approche par processus qui en résulte permet de dépasser la vision plate et budgétaire sensée décrire l'activité hospitalière au profit d'une vision plus dynamique et organisationnelle plus proche de la réalité de l'activité de soins. Cette dernière oblige alors à penser la prise en charge des patients et l'organisation des soins hors des murs de l'hôpital sur la base de modes de coopération nouveaux à l'échelle du territoire de santé pour recomposer l'offre de soins, au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population exprimés dans le Schéma régional de l'offre de soins (SROS) et pour accompagner la recherche d'efficience en atteignant des masses critiques à l'échelle de ce territoire.

4.2 Le réseau comme niveau d'organisation pertinent pour des parcours de soins optimisés et un pilotage régional de la santé

En restant dans une démarche hospitalo-centrée, nous avons considéré jusqu'ici que la non autonomie et la dépendance sont les deux concepts fondamentaux de l'analyse et du management de la clientèle hospitalière. L'objectif fondamental de l'hôpital est alors la réduction voire l'élimination de la non-autonomie liée à des états morbides, qu'ils soient physiques ou mentaux. Pour autant, cet enjeu pour le patient est transposable hors de l'hôpital et pose un certain nombre de questions : Comment la non-autonomie peut-elle être prise en charge sur le lieu de vie de la personne en état morbide ? Quel est le degré de dépendance vis-à-vis de l'entourage ? Quel est le degré de dépendance que cet entourage peut supporter ? A partir de quel moment fait-il appel à un entourage spécialisé ? Peut-on trouver des alternatives à la prise en charge hospitalière en vue de décaler le « transport » du lieu de vie à l'hôpital ?

La notion de réseau se veut être un élément de réponse à cette nouvelle problématique. Elle s'inscrit à nouveau dans le cadre d'une recherche d'efficience caractérisée par la recherche

d'un arbitrage entre qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé et passe par la mise en place de nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins. Celles-ci passent par la création de « réseaux » inter établissement en vue d'accroître l'efficience des structures hospitalières et plus largement par de nouvelles formes de coopération entre médecine de ville et hôpital pour un parcours de soins individualisé.

4.2.1 Concentration et coopération des institutions sanitaires publiques et privées

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), par sa volonté de modernisation et d'amélioration des soins, place le patient au cœur de la réforme. Elle poursuit l'objectif ambitieux, sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS), de décloisonner l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social, au service des personnes soignées et accueillies. Chaque coopération doit en effet permettre, par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes.

4.2.1.1 Les raisons des coopérations entre établissements

Dans les secteurs sanitaire et médico-social, les coopérations sont polymorphes. Elles mettent en œuvre des formes différentes mais complémentaires : la coopération pourrait se définir comme l'action d'« agir conjointement » ; l'association comme l'action de « mettre ensemble, réunir » ; la mutualisation comme l'action de « mettre en commun » ; l'externalisation comme l'action de « confier une partie de ses activités à des partenaires extérieurs » ; la centralisation comme l'action de « réunir en un même lieu ».

Ces termes englobent des notions de confiance mutuelle, d'objectifs communs, de moyens partagés et de bénéfices répartis entre les acteurs. La recherche concertée des objectifs du projet et le suivi des moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs imposent, pour la réussite de la coopération, de s'appuyer nécessairement sur une gouvernance commune et dédiée.

Les mécanismes de coopération utilisés à l'échelle du territoire de santé visent la recomposition de l'offre de soins, au service d'une meilleure réponse aux besoins de la

population exprimés dans le Schéma régional de l'offre de soins (SROS) ainsi que l'accompagnement de la recherche d'efficience en atteignant des masses critiques à l'échelle d'un territoire. Il vise également à permettre de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique. Plus généralement, les raisons des coopérations relèvent de l'amélioration de l'accès aux soins pour la population d'un territoire, la raréfaction des moyens humains, la recherche d'économies d'échelle.

Les réformes de l'hospitalisation publique et privée poussent les institutions à se regrouper ou à se partager les spécialités en créant des « réseaux » inter-établissements. Il existe au moins six moyens de coopérer : la convention, le syndicat inter-hospitalier, le Groupement d'Intérêt Economique (GIE), le Groupement d'Intérêt Public (GIP), l'association, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

A l'exception, parfois des conventions ou des associations, les autres moyens consistent à impartir des activités en créant des organisations communes de moyens, le poids de chaque membre dans les décisions étant proportionnel à l'apport et au degré d'utilisation. Contrairement à la définition donnée plus haut, il ne s'agit pas de réseaux à proprement parler mais de coopérations pilotées par la technostructure régionale.

4.2.1.2 Les modes de coopération à l'échelle du territoire de santé : des relations nouvelles à réguler

Le guide méthodologique des coopérations territoriales, rédigé par l'ANAP, présente un certain nombre d'expériences et dispositifs observés sans pour autant les considérer comme des solutions miracles transposables indépendamment du contexte et de la temporalité.

De manière générale, à la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération dispose (selon la forme juridique retenue) d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel, le cas échéant d'être titulaire en propre d'une autorisation de soins ou d'équipements matériels lourds.

Avec la loi HPST, certaines structures de coopération demeurent, d'autres disparaissent et d'autres enfin naissent. Ainsi, les « cliniques ouvertes », les communautés d'établissements de santé et les SIH disparaissent. Un nouvel outil de coopération fonctionnelle est créé : la

Communauté hospitalière de territoire (CHT), réservée au secteur public et plus particulièrement aux Établissements publics de santé (EPS). Le GCS évolue puisqu'une distinction est désormais faite entre le « GCS de moyens » et le « GCS établissement de santé » titulaire d'une ou de plusieurs autorisations de soins. Des outils de coopération plus traditionnels demeurent en l'état, notamment le Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), le Groupement d'intérêt économique (GIE) ou le Groupement d'intérêt public (GIP).

Les guides publiés en débit d'année 2011 tant par l'ANAP que la DGOS sont toutefois en partie obsolète et les rapports de la mission Fourcade sur la mise en œuvre de la loi HPST comme de la cour des comptes 2011 sur l'application des lois de sécurité sociale annoncent encore de nouvelles mutations. Quoi qu'il en soit, les logiques coopératives s'inscrivent dans un contexte sanitaire rationalisé. Le législateur s'attache à planifier son action dans le domaine sanitaire, social et médico-social. L'instauration d'une planification hospitalière et la mise en place des schémas régionaux, interrégionaux et nationaux de l'organisation sanitaire (puis des schémas d'organisation sanitaire) s'imposant aux établissements par l'intermédiaire de leur Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), a permis de rationaliser l'offre de soins.

Le législateur, en 2009, a consacré le décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de poursuivre la recomposition de l'offre de soins en instaurant le Projet régional de santé (décret n° 2010-514 du 18 mai 2010). Le Projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels et les mesures tendant à les atteindre, dans les domaines de compétences de l'ARS. Les nouveaux outils de planification en santé sont accompagnés d'une refonte du maillage territorial avec la création des territoires de santé, représentant le niveau territorial de droit commun, dans une logique de compétence globale des ARS (prévention, soins, offre médico-sociale). L'organisation de la prise en charge de proximité peut faire l'objet d'un maillage plus fin , permettant la mise en œuvre des actions ; ce maillage devra toutefois être cohérent avec les territoires de santé tels qu'ils ont été définis. Les espaces de proximité ne doivent pas être une sous-unité administrative des territoires de santé. Ils pourront, par exemple, être des « territoires de projets ».

Au final, qu'il s'agisse d'une coopération organique ou d'une coopération fonctionnelle, les établissements s'attachent à mutualiser leurs ressources afin d'améliorer la prise en charge sanitaire et médico-sociale en palliant les problèmes de démographie des professionnels de

santé. Les premières expérimentations de coopérations entre professionnels de santé ont été instituées par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 .

4.2.2 De l'hôpital « quatre-murs » aux réseaux sanitaires pour un parcours de soins coordonné

La notion de réseau en France est née de l'idée qu'on ne changera pas le système mais qu'il faut davantage l'organiser. Ainsi, les experts ont pu penser que le système de santé évoluerait progressivement vers des réseaux intégrés et seraient des leviers pour une alternative à la tarification à l'acte, voire qu'ils permettraient une réorganisation en profondeur du système de soins. Sur le terrain, il s'agissait souvent pour les professionnels de santé de résoudre des dysfonctionnements porteurs de non-qualité, que nous regroupons sous le vocable de « coûts de non-coordination.

4.2.2.1 Du réseau de soins au réseau de santé

L'histoire des réseaux débute, avec la lutte contre la tuberculose, première expérience française en matière de réseau, puisque cette maladie représentait un énorme problème de santé publique. Il en résulte un véritable plan de prise en charge globale dont le pivot est le dispensaire caractérisé par un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite et l'isolement des sujets contagieux. L'un des faits marquants et préfigurateurs des problématiques actuelles réside dans la réalisation de la prophylaxie effectuée par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public, précurseur de l'éducation thérapeutique.

Peu à peu une séparation va s'opérer entre prévention et soin dans le domaine de la santé, distinction renforcée par les principes de la médecine libérale parmi lesquels l'entente directe et le paiement à l'acte. Les prestations remboursables par l'assurance maladie vont se situer dans le domaine du soin et cela va privilégier les actes techniques car la tarification doit être objective. Ce qui peut être décrit, individualisé, peut être remboursé. Le reste relève de la santé publique, de l'État, des collectivités locales et de l'hôpital public. C'est l'hôpital public qui joue le rôle de filet de protection consacré par la loi de 1970 qui lui confie un rôle de service public et la possibilité d'intervenir dans le domaine de la prévention. C'est l'ère des réseaux

institutionnels. Ils vont notamment se développer dans le domaine de la lutte contre les fléaux sociaux sous l'appellation de « réseau sanitaire spécialisé » puis de réseaux économiques.

L'apparition du sida et le développement des infections iatrogéniques et les réseaux ville – hôpital révélèrent l'opacité du système de soins et la nécessité de réhabiliter la prévention. Les priorités de santé publique réinvestissent le champ de l'assurance maladie. À partir de 1985 celle-ci prend en charge la lutte contre les maladies mentales. Elle participe au développement des réseaux ville-hôpital en 1991 avec des financements mixtes entre État et assurance maladie.

Les ordonnances de 1996 officialisent les réseaux. Elles prennent acte de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention…), de la nécessité d'un décloisonnement du système de santé. Elles donnent pour ce faire une base légale aux réseaux et un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau sont proposés : dossier médical partagé, informatisation, système d'information… Restent de nombreuses incertitudes parmi lesquelles le champ des responsabilités avec pour conséquence la mise en place d'une nomenclature commune d'activités à la ville et à l'hôpital, permettant les transferts financiers entre enveloppes, et donc une gestion centrée sur le patient.

Figure 18 : Histoire des réseaux en France
Source : Réseaux de santé et filières de soins (Actualité et Dossiers en Santé Publique, n°24, septembre 1998)

Les deux termes réseaux de soins et réseaux de santé sont employés souvent indifféremment ; mais que recouvrent-ils exactement ? A priori un réseau de soins assure la prise en charge coordonnée du patient, à l'aide des prestations servies par l'assurance maladie et des assurances complémentaires.

Or, la prise en charge plus globale d'un patient, tenant compte de son environnement social, nécessitant au-delà du soin des interventions de prévention voire de réhabilitation, ne relève pas des seuls professionnels de la santé mais concerne l'État, les collectivités locales, les assurances complémentaires ou les mouvements associatifs. Elle entre alors dans le champ des réseaux de santé dont les réseaux de soins sont des sous-ensembles. Pour assurer le fonctionnement de ces réseaux, il est nécessaire de définir les actions de santé qui seront effectuées en son sein ainsi que le champ des responsabilités de chacun de ses acteurs.

4.2.2.2 Le réseau au service du décloisonnement

Les réseaux répondent à une logique de gestion transversale du système de soins et de santé centrée sur le patient, qui se heurte au renforcement actuel de la gestion par grand secteur. En effet, s'il existe un seul objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie, il y a plusieurs centaines d'enveloppes financières le plus souvent opposables annuellement, avec un découpage national entre les grands secteurs de soins auxquels se surajoute un découpage régional et conventionnel. Comment alors assurer un transfert d'activités propre à la gestion transversale en réseau lorsque c'est nécessaire, par exemple si l'on veut développer le maintien à domicile des patients ?

Ce paradoxe entre gestion sectorielle et fonction transversale des réseaux se retrouve dans l'abondante production réglementaire les concernant. Un promoteur de réseau quel qu'il soit ne peut que constater l'absence de visibilité de la réglementation actuelle.
Car même s'il existe un corpus commun à tous ces textes, il s'agit bien :

- De mettre le malade au centre du dispositif ;
- D'améliorer la prise en charge globale du patient, tant dans le domaine de la prévention que des soins, de la réhabilitation et du médico-social ;
- D'assurer la graduation et la continuité des soins, une meilleure orientation des patients, de favoriser le maintien ou le retour à proximité, de développer la coordination et d'assurer la qualité des soins et notamment de prendre en charge, pour des populations particulières, des pathologies lourdes et chroniques, la dépendance ou la prévention.

Au final, nous retenons une définition simple et globale du réseau comme niveau d'organisation visant à mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. En fonction de son orientation vers la médecine de

ville ou la médecine hospitalière, on parlera de réseaux ville-hôpital, de réseaux inter-hospitaliers ou de réseaux de soins libéraux. Le réseau est donc par définition une organisation à périmètre variable.

Conclusion du chapitre 4

Au final, nous posons le postulat qu'une gestion efficiente des ressources sur la base d'une maîtrise des processus et une attention portée aux patients sont les garants de résultats financiers positifs ; ainsi présentés, les chiffres apparaissent certes comme seconds et non comme secondaires. En partant de l'organisation des soins et plus précisément le besoin de santé du patient à travers le couple non autonomie / dépendance, nous prétendons esquisser les traits d'un dialogue nouveau entre professionnels de santé et gestionnaires.

Celui-ci est basé sur un double mouvement organisationnel de l'institution hospitalière en interne et en externe. L'hôpital n'est donc plus un acteur isolé, il interagit avec d'autres acteurs aux modes de fonctionnements différents. Plusieurs niveaux organisationnels sont donc à appréhender et il convient d'apprendre à raisonner en pôle, filière, réseau et territoire.
En interne, si l'objet reste le GHM, lequel a permis de progresser dans la connaissance du produit hospitalier, la vision reste centrée sur la pathologie ; or les nouveaux modes d'organisation invitent davantage à raisonner en termes de processus de prise en charge dans le cadre d'une vision dynamique. Autrement dit, l'ouverture de l'hôpital invite à s'interroger sur l'objet d'un contrôle de gestion et l'instrumentation qui peut accompagner une telle évolution.

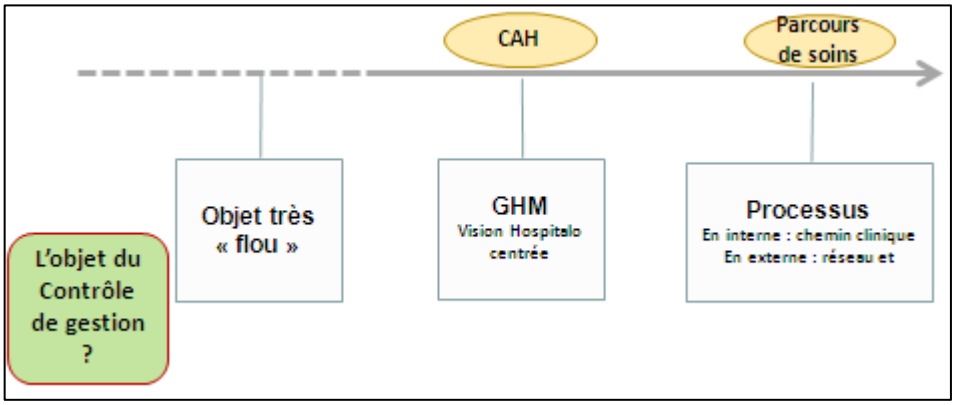


Figure 19 : L'objet de contrôle de gestion et l'ouverture de l'hôpital

Quel que soit le niveau organisationnel de nouvelles difficultés sont à résoudre dans le contexte d'une coopération parfois non spontanée entre des acteurs ayant chacun leur propre logique et appelle à une nécessaire coordination. Cette question de la coordination induit une

problématique nouvelle pour la relation de soins sur la base d'une distance des savoirs qui a évolué dans le temps et dans l'espace. Dans ce contexte, peut-on encore parler de contrôle de gestion hospitalier ? Les outils traditionnels sont-ils mobilisables pour répondre à ces enjeux ?

Conclusion de la partie 1

L'objet de notre recherche porte initialement sur le contrôle de gestion en milieu hospitalier. Or, si le contrôle de gestion a fait l'objet de nombreux travaux peu d'entre eux sont consacrés au cas de l'hôpital. Pour mieux appréhender notre recherche, nous retenons donc de manière générale l'évolution de la finalité d'un contrôle de gestion qui vise successivement l'allocation des ressources, le pilotage de la performance et la dynamique de l'action collective. Le contrôle de gestion hospitalier semble devoir aller dans ce sens à partir du constat d'outils portant sur un objet qui est une entité de moyens, qu'il s'agisse du service, du pôle ou de l'établissement sans lien avec les enjeux organisationnels. Or, le grand problème de l'hôpital concerne davantage des objets qui « traversent » les entités, qu'il s'agisse de processus, de trajectoires, de chemins… et pour lesquels les outils issus de la T2A sont d'un faible secours.

A ce niveau de notre réflexion, nous souhaitons donc mettre en évidence un double mouvement :

- D'un côté, les outil du contrôle de gestion classique, issus ou non de la sphère industrielle et privée, tels qu'ils ont été mis en œuvre en interne ne semblent pas fonctionner ; ils se révèlent sans impact sur les organisations et ce malgré un niveau de complexification croissante ;
- De l'autre, l'hôpital change, il ne s'agit plus simplement de considérer l'hôpital seul, mais de le positionner dans son environnement, comme partie-prenante certes majeure de l'offre globale de soins mais non unique. Il en résulte un nombre important de configurations possibles à différents niveaux de l'organisation et avec un degré et des modalités de collaboration entre établissements et / ou entre professions divers.

Cette évolution de l'hôpital s'inscrit dans un contexte nouveau qui induit un changement de paradigme, sur la base d'une inversion nosologique issue notamment de l'inversion démographique et du vieillissement de la population. Parallèlement, le patient devient de plus en plus exigeant tant sur le plan de la qualité des soins, que de la sécurité mais aussi plus impliqué à travers un demande d'informations croissante. L'offre de soins doit ainsi évoluer prenant en compte les exigences du patient devenu client, dans le cadre d'une prise en charge partagée entre des intervenants interdépendants appelant à davantage de coordination. Ces évolutions se traduisent par le nécessaire développement de l'approche processus dans le cadre de prises en charges diversifiées (Hospitalisation à Domicile, ambulatoire…) et l'attention

particulière portée à la démarche qualité, qui se traduit au sein des établissements par la démarche qualité et l'exemple des EPP.

Dans ce contexte, l'organisation des soins doit ainsi être pensée à l'échelle territoriale, la médecine de ville contribuant à la mise en œuvre de ces nouvelles prises en charges. Les professionnels de santé sont amenés à collaborer au sein des établissements hospitaliers en vue de l'affinement du diagnostic comme de l'optimisation du traitement. Hors de l'hôpital, le médecin généraliste voit son rôle renforcé dans la phase pré-hospitalière et le diagnostic, mais aussi dans le suivi des pathologies chroniques, l'infirmière revêt un rôle central notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient ou la délivrance de soins à domicile. Plus généralement, la planification et l'organisation des soins se fait à l'échelle régionale dans le cadre des SROS notamment et une gouvernance assurée par des ARS en remplacement des ARH. Cette évolution dépasse le seul changement de vocabulaire et amène à repenser le rôle de l'hôpital. Sur le papier, toutes les conditions semblent donc réunies pour permettre cette transition. Pour autant, un certain nombre de difficultés demeurent.

Nous nous intéressons donc à l'identité de l'objet qui évolue, l'hôpital qui ne se résume plus à l'hôpital « quatre-murs » mais s'ouvre sur l'extérieur. Nous analysons notre objet de recherche, le contrôle de gestion dans son contexte actuel et nouveau se traduisant par une déstabilisation forte de l'hôpital et posons la question du renouvellement du contrôle de gestion, déjà contestée au niveau de l'établissement. Or, si le mouvement d'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur pourrait être perçu comme un facteur de complexification rendant toute tentative de rationalisation par la démarche gestionnaire impossible, nous postulons au contraire, qu'il appelle des formes nouvelles de contrôle de gestion que nous examinons à travers deux débats en parallèle :

- L'articulation entre différents niveaux d'organisation et donc de prise en charge ;
- La nécessité d'inventer de nouveaux outils de gestion privilégiant l'approche processus en complément des outils d'allocation des ressources.

C'est cette thèse que nous souhaitons étudier à travers le choix de terrains de recherche complémentaires dans une perspective de recherche-intervention. Plus que des théories à vérifier, nous proposons une intervention longue sur le terrain où se mêlent études de cas, dialogue permanent avec le milieu professionnel propositions et tests de nouveaux outils de gestion pour tenter de comprendre en profondeur la réalité du concept de contrôle de gestion à l'hôpital, ce qu'il est, ce qu'ils n'est pas, ce qu'il devrait être, ce qu'il ne peut pas être.

L’ouverture de l’hôpital « quatre murs » que nous avons mise en évidence élimine d’ores et déjà la notion de contrôle de gestion hospitalier, non pas que l’hôpital doive se passer de contrôle de gestion, encore moins se résumer à la seule comptabilité analytique hospitalière, mais acquérir une dimension pluridimensionnelle sur la base d’une réflexion territoriale.

Au terme de cette partie, nous formulons donc l’hypothèse générale selon laquelle la mise en œuvre du contrôle de gestion médicalisé s’apparente à une démarche de co-conception qui lie la construction de l’instrumentation de gestion en lien avec celle du niveau de l’organisation.

Partie 2

Evolutions organisationnelles et nouveaux outils de pilotage de la santé : résultats issus de l'expérience

Chapitre 5 – Matériel et méthodologie de recherche : déstabilisation de l'objet hôpital et recherche-intervention

Chapitre 6 – L'hôpital comme premier terrain de recherche : proposition d'un outil de simulation économique

Chapitre 7 – La filière Hôpital / Domicile comme deuxième terrain de recherche : étude des modes de coordination dans le cadre du dispositif de sortie des patients atteints de cancer

Chapitre 8 – Le territoire de santé comme troisième terrain de recherche : étude d'un projet médical partagé entre médecins libéraux et hôpital et proposition de construction de comptes locaux de la santé

La première partie nous a permis de conclure quant à la diversité des problématiques de contrôle de gestion qui s'imposent aux acteurs en fonction du niveau de l'organisation concernée. Le recours à une méthodologie de recherche de type abductif nous conduit dans un deuxième temps à établir des généralisations de conception sur la base de l'hypothèse préalablement posée. Partant du postulat selon lequel le mode de recherche et d'obtention de connaissances nouvelles constitue un processus de conception nous nous proposons donc, dans cette deuxième partie, d'observer plusieurs terrains en vue d'analyser différents niveaux de l'organisation. A travers l'établissement d'un lien entre niveau de l'organisation et outils de gestion, nous cherchons ainsi à identifier des critères de distinction de régimes de contrôle de gestion à différents niveaux de l'organisation en santé.

Ces régimes, objet de notre recherche doivent être définis. Nous les considérons de manière très simple comme étant un ensemble de règles de fonctionnement qui définissent un mode d'organisation. La caractérisation du régime suppose donc d'identifier les différentes parties-prenantes qui interviennent, les outils qu'ils utilisent et les modes de coordination qui sont mis en jeu afin de rendre le système cohérent. Les types de régimes doivent être considérés au regard de la recherche d'une dynamique d'action collective qui implique de prendre en compte la complexité des actions humaines et donc la dimension humaine du contrôle de gestion.

Pour cela, nous reprenons l'idée énoncée dans la première partie selon laquelle l'institution hôpital évolue. Dit autrement, sur la base d'une déstabilisation de l'objet hôpital, nous choisissons trois terrains classés en fonction du degré d'ouverture de cette institution sur l'extérieur ; il s'agit ainsi d'étudier le passage d'une vision hospitalo-centrée à la formalisation d'une coopération médecine de ville / hôpital impliquant d'étudier les modes de coordination nouveaux entre différents acteurs. L'étude de ce processus nous invite à recourir à une grille de lecture conçue autour de trois objets intégrés que sont le modèle, l'outil et l'instrument. La progression du modèle vers l'outil et son usage par des acteurs qui lui confère le statut d'instrument nous apparaît, en effet, cohérente quant à notre objectif d'analyse du processus de conception d'un contrôle de gestion nouveau adapté à chaque niveau de l'organisation.

Pour chacun des terrains mobilisés, il s'agit de dresser un diagnostic organisationnel à partir des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus en vue d'aboutir à une discussion mettant en évidence le positionnement du couple modèle / outil dans le processus de conception et l'émergence des acteurs qui accompagnent ces innovations organisationnels. A travers ces

acteurs nouveaux ce sont de nouveaux savoirs qui apparaissent et de nouvelles relations qui se créent plus nombreuses, de nature différente et donc susceptibles d'accroître le niveau de complexité.

Le **chapitre 5** introduit cette deuxième partie en partant du résultat issu de nombreux travaux en gestion selon lequel les outils ne sont véritablement efficaces que s'ils sont utilisés et appropriés par les acteurs. La prise en compte des dynamiques d'acteurs au sein de l'organisation postule alors l'existence d'un lien entre l'outil et l'organisation sensée l'accueillir. L'ensemble de ces éléments nous amène alors à positionner notre démarche de généralisation de conception en trois temps que nous définissons : la modélisation, en tant que représentation simplifiée du niveau de l'organisation ; la construction de l'outil comme traduction du modèle pour permettre la production de l'information de manière synthétique, et enfin le passage à l'instrument sur la base d'une intervention dans l'organisation. Appliqués à trois niveaux d'organisation, ces éléments nous paraissent alors être des éléments déterminants dans la définition d'un nouveau concept de contrôle de gestion médicalisé. S'agissant d'un travail de construction concrète de la réalité, qui suppose de dépasser le stade de la modélisation pour aborder la construction de l'outil et la question de son appropriation par les acteurs en tant qu'instrument, nous recourons à l'étude de cas en lien avec un mode de recherche de type recherche-intervention. Appliqué au cas de l'hôpital nous justifions le choix de cette méthode au regard des problématiques auxquelles il doit faire face en termes de décision, d'outils de gestion, de management et de coordination.

Le **chapitre 6** présente le premier terrain ayant fait l'objet de notre recherche. Il consiste à modéliser l'impact de décisions stratégiques d'un hôpital sur l'activité, l'occupation et in-fine le résultat. S'agissant du premier niveau de la réflexion organisationnelle, le point de vue retenu reste hospitalo-centré ; l'innovation repose alors sur la construction d'un outil qui propose de prendre en compte les réorganisations internes suite à la simulation d'un ou plusieurs scénarii de gestion alternatifs testé. Conçu comme un outil à destination du consultant, il a été construit puis testé au sein d'établissements partenaires du CNEH, un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) situé à Paris dans un premier temps, et deux Centre Hospitaliers (CH) de province dans un second temps, en vue de la validation de la robustesse du modèle sous-jacent et de son adaptation à des problématiques de gestion différentes. La problématique posée à travers ce premier terrain consiste à se demander si le caractère prospectif de l'instrumentation est suffisant pour dépasser la seule logique de comptabilité analytique hospitalière et avoir un impact sur les dynamiques organisationnelles à l'hôpital.

Le **chapitre 7** permet de dépasser le cadre strict de la comptabilité analytique hospitalière en présentant la démarche et les résultats d'un deuxième terrain de recherche situé à l'interface entre l'hôpital et la médecine de ville. Par ailleurs il est basé sur un renversement de la logique, il ne s'agit pas d'étudier l'apport d'un outil de gestion aux problématiques stratégiques et organisationnelles mais de considérer la création d'une structure organisationnelle *ad-hoc* comme point de départ d'une démarche de contrôle de gestion nouvelle qui dépasse l'hôpital stricto-sensu. Le terrain de recherche a ainsi pour objectif d'évaluer la mise en œuvre effective de nouveaux modes de coordination intra et extrahospitaliers dans le cadre de la prise en charge de patients atteint du cancer. Le cas étudié est celui de la création d'une structure de Coordination des Soins Externes (CSE). Outre la prise en compte d'un niveau supérieur de l'organisation, le choix de ce deuxième terrain de recherche s'explique par la volonté de traiter un objet nouveau du contrôle de gestion, la filière Hôpital / Domicile dans le cadre d'une pathologie en développement et dont la prise en charge est partagée avec d'avec d'autres professionnels de santé.

Le **chapitre 8** renforce encore cette réflexion autour de la coordination des soins et son corollaire, la coopération entre professionnels de santé. Le troisième terrain de recherche consiste en effet à accompagner la création d'un pôle santé sur la base du rapprochement d'un cabinet de médecins généralistes avec un centre hospitalier. Il s'inscrit dans la continuité du raisonnement mené autour des liens entre organisation et outils de gestion en s'articulant autour de deux volets complémentaires menés conjointement. Outre l'originalité d'un projet quant au contrat entre un hôpital et des médecins libéraux résumant le projet médical et évoquant les enjeux en termes de formation et de recrutement de médecins généralistes, s'ajoute la problématique de construction d'un tableau de bord à l'échelle du territoire présentée sous la forme de « comptes locaux de la santé ».

Au final, cette deuxième partie vise à élargir notre réflexion à partir de l'étude de situations originales autour d'un cadre théorique que nous précisons au fur et à mesure de l'avancée de notre réflexion quant à l'impact de l'ouverture de l'institution hôpital sur l'extérieur. Chacun des terrains peut donc faire l'objet d'un positionnement au sein du couple modèle / outil en vue de progresser dans notre identification des régimes de contrôle de gestion médicalisé. L'idée sous-jacente serait alors de considérer que certaines situations de gestion nécessitent davantage de modélisation, d'autres privilégient davantage l'apport de l'outil. Ces trois

niveaux d'analyse ont pour point de départ commun l'hôpital qui est à l'origine de chacune de ces innovations organisationnelles mais proposent une réflexion transversale autour de la trajectoire du patient dans et hors des murs de l'hôpital. L'enjeu réside dans l'identification des acteurs intervenant au sein des organisations étudiées, les savoirs qu'ils détiennent et les relations qui peuvent s'organiser entre eux. C'est en ce sens que nous parlons de régime de gestion autour de règles de fonctionnement qui définissent un mode d'organisation et une dynamique d'action collective à construire.

Chapitre 5. Matériel et méthodologie de recherche : déstabilisation de l'objet hôpital et recherche-intervention

5.1 Du modèle à l'outil : le niveau de l'organisation comme facteur de contingence .174

5.1.1 Le modèle en tant qu'outil ou instrument 175

5.1.1.1 L'outil de gestion : une double modélisation des « savoirs » et des « relations » 175

5.1.1.2 L'instrument de gestion : du « mythe rationnel » à la dynamique de l'action collective 179

5.1.2 Une déstabilisation de l'objet hôpital fonction du niveau de l'organisation 180

5.1.2.1 Le relâchement de la contrainte temporelle : anticiper l'impact d'une décision stratégique à l'échelle de l'établissement 182

5.1.2.2 Le relâchement de la contrainte aval : anticiper et organiser la sortie du patient vers le domicile 184

5.1.2.3 Le relâchement de la contrainte spatiale : piloter la santé à l'échelle territoriale 185

5.2 Modalités d'observation de l'hôpital : recherche-intervention 187

5.2.1 Le matériau de recherche : recherche-intervention et études de cas 189

5.2.1.1 Du travail sur l'existant 191

5.2.1.2 …au projet concret de transformation de l'organisation..... 194

5.2.2 Problématiques de recherche associées au cas de l'hôpital 196

5.2.2.1 La problématique de la décision 196

5.2.2.2 La problématique de la conception 198

5.2.2.3 L'idée du changement..... 199

Conclusion du chapitre 5 201

La définition technique d'une prestation de soins semble un concept clair dans le langage ordinaire mais devient ambigu et polysémique dès lors qu'il s'agit d'en définir les contours avec précision en introduisant notamment la notion de qualité des soins. Indépendamment des aspects techniques et qualitatifs, la définition organisationnelle ne va donc pas de soi. En effet, le soin est une prestation dont la conception est transversale à plusieurs métiers. L'amélioration de la prestation de soin implique de faire travailler ensemble des gens qui n'en n'ont pas l'habitude, sachant que les connaissances de chacun peuvent se révéler insuffisantes.

En partant de ces éléments de définitions, nous abordons la question de l'objet sur lequel doit porter le contrôle de gestion. Or l'hôpital n'est pas le seul acteur du système de santé, d'autres acteurs y interviennent et interagissent. L'étude de la relation de soins implique donc de raisonner en termes de trajectoire.

Nous plaçons notre réflexion dans la lignée des travaux ayant souligné le rôle structurant des outils de gestion dans les processus de changement organisationnel afin d'étudier le rôle et la dynamique des outils de gestion au cours de la structuration d'une coopération transversale. Ce cadre est particulièrement adapté à notre recherche sur l'émergence d'un contrôle de gestion plus large dans la mesure où le soin, quel que soit l'acteur qui le délivre, est une prestation qui, de par sa nature technique et organisationnelle complexe, amène de plus en plus à la coopération.

Cette problématique est notamment vraie à l'intérieur de l'hôpital et s'accroît à mesure que l'hôpital s'ouvre sur son environnement et crée des liens avec des acteurs externes. Nous avons déjà souligné le caractère flou des frontières de l'hôpital d'aujourd'hui et les nouvelles coopérations qui se mettent en place dans le cadre d'un rapprochement entre médecine de ville et hôpital. Aussi, dans le contexte précédemment analysé, l'enjeu de notre recherche consiste dans un premier temps à mesurer l'impact de la déstabilisation de l'identité de l'objet hôpital sur le contrôle de gestion qui reste dès lors à définir.

A cet effet, la méthode que nous employons repose sur un processus itératif entre la construction d'un modèle intégrant le niveau de l'organisation et sa traduction en outil et son utilisation en tant qu'instrument. Cette simple typologie a le mérite de centrer notre étude du contrôle de gestion autour de trois objets. Pour autant, à mesure que nous les définissons, un facteur de complexité intervient, l'organisation, qui esquisse progressivement l'idée d'un

renouveau du contrôle de gestion non plus tourné vers la seule allocation des ressources mais vers l'action collective.

Au regard de ces premiers éléments de définition, le contrôle de gestion à l'hôpital est à considérer en tant que concept, et mérite donc une étude approfondie et dynamique. Sur cette base, nous justifions le choix de trois terrains de recherche complémentaires, basés sur une déstabilisation croissante de l'objet hôpital. Le processus de conception qui en résulte s'articule autour d'outils que nous pouvons d'ores et déjà qualifier de cognitifs et relationnels, au cours de la structuration d'une coopération transversale (5.1). La prise en compte de l'action collective et la problématique du changement organisationnel qui en découle rendent nécessaire une démarche de recherche de type recherche-intervention ou *a minima* une méthodologie de recherche basée sur l'étude de cas lorsque le degré d'intervention et l'impact sur l'organisation est plus faible (5.2).

5.1 Du modèle à l'outil : le niveau de l'organisation comme facteur de contingence

L'objet de cette première partie consiste à distinguer les notions de modèle, outil et instrument sur une base théorique qui constitue selon nous une grille d'analyse pertinente pour comprendre et dépasser les écueils dont semblent souffrir les outils de gestion à l'hôpital et poser les principes de conception d'un contrôle de gestion ou de régimes de contrôle de gestion nouveaux pour les organisations de santé. Au-delà de la simple description des outils existants ou à créer, c'est l'ensemble de la démarche qu'il convient d'analyser, de la conception sur la base d'un modèle, fonction du niveau de l'organisation, à son utilisation à des fins de pilotage, laquelle confère à l'outil son statut d'instrument au service du dialogue de gestion.

Dit autrement le passage du modèle à l'instrument repose sur une définition de l'outil de gestion en tant qu'artefact c'est-à-dire une représentation symbolique aussi exacte que possible de la réalité qui suppose un travail de modélisation en amont par le concepteur qui ne saurait être indépendante de l'utilisation qui en est faite en aval selon des schèmes propres à chaque organisation (Lorino, 2002).

Définir le modèle en gestion n'est pas une tâche aisée qui nous amène à examiner les principes de modélisation tels qu'ils existent dans d'autres disciplines puis sur cette base à distinguer

plusieurs finalités du modèle et ainsi spécifier les caractéristiques propres aux sciences de gestion. L'outil de gestion ne serait alors que la traduction d'un modèle sous des formes compréhensibles par l'ensemble des acteurs susceptibles de l'utiliser ou d'être impliqués dans les actions qui en découlent. C'est donc son utilisation selon plusieurs schèmes possibles qui lui confère son statut d'instrument dans le cadre d'outils qui font l'objet d'adaptation permanente au sein d'un processus itératif qui suppose de raisonner en fonction de différents niveau de l'organisation et donc différentes modalités de coordination entre des acteurs plus ou moins habitués à coopérer.

A partir d'une discussion quant aux finalités du modèle, nous définissons le modèle en tant que représentation simplifiée. Ce principe de simplification suppose dès lors de recourir à un certain nombre de choix méthodologiques et hypothèses qui lui donne un statut de « mythe rationnel » selon les termes d'Hatchuel (Hatchuel et Molet, 1986). L'ensemble de cette démarche peut dès lors être synthétisé à travers les différentes étapes de construction d'un modèle. Dans cette partie, nous élargissons notre champ d'étude en ne nous restreignons pas au seul domaine des sciences de gestion.

5.1.1 Le modèle en tant qu'outil ou instrument

Une première définition, simple, et indépendante des problématiques gestionnaires, nous amène à considérer l'instrument comme étant plus général et moins précis qu'un outil ; il sera généralement moins compliqué et moins gros qu'un appareil ou une machine. Antoine de Rivardol indique que « l'outil est une machine maniable, dont les arts simples se servent pour faire des travaux communs ; l'instrument est une machine ingénieuse, dont les arts plus relevés et les sciences se servent pour leurs opérations » (de Rivardol, 1827).

5.1.1.1 L'outil de gestion : une double modélisation des « savoirs » et des « relations »

Appliqué aux sciences de gestion, l'outil, en tant qu'instrument de gestion, est partie prenante dans la découverte de l'organisation. En effet, les travaux récents en gestion font état de deux aspects de l'instrumentation, le premier dans le cadre d'une perspective décisionnaire ou stratégique, le second tourné vers le pilotage de la performance (Lorino, 2002). Ces premiers éléments de réflexion nous invitent à dépasser l'approche traditionnelle du contrôle de gestion longtemps tournée vers la seule explication du passé, laquelle semble réduire l'outil à la

fonction d'évaluation des résultats ex-post, au profit d'une démarche de type prospectif permettant d'assurer la qualité des choix dans le fonctionnement d'une organisation (Meyssonnier, 1999) ; or si ces choix doivent être fondés sur l'analyse de l'existant, le seul diagnostic de l'organisation ne suffit pas à garantir la pertinence et la qualité de ces choix, encore faut-il tenir compte des conséquences futures et veiller à leur application. Si l'outil de gestion permet la production de l'information par les gestionnaires dans une perspective stratégique, il devient aussi un moyen d'action et d'intervention dans l'organisation. Certains auteurs défendent l'idée selon laquelle l'outil est une représentation spécifique de l'organisation ayant des conséquences sur la vie des organisations (Hopwoood, 1987). Concevoir et mettre en place un outil résulte donc d'un processus dialectique qui permet de comprendre le fonctionnement d'une organisation et le rôle des acteurs (Hatchuel et Weil, 1992, Moisdon, 1997).

Si l'on construit nos définitions autour de la question de l'environnement organisationnel, il n'en demeure pas moins que certains auteurs ne formulent pas de distinction explicite entre outil et instrument. Moisdon (1997)définit ainsi l'outil de gestion comme étant un « ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation, qu'il s'agisse de quantités, de prix, de niveaux de qualité ou de tout autre paramètre, et destiné à instruire les divers actes classiques de la gestion, que l'on peut regrouper dans les termes de la trilogie classique : prévoir, décider, contrôler ». David (1996), le définit alors plus simplement en tant que « dispositif formalisé qui permet l'action organisée ». De ces deux définitions, nous retenons que l'outil est un objet fabriqué, qui n'est pas qu'une simple mise en forme de l'information mais il faut qu'il serve de base ou d'aide dans un raisonnement. En ce sens, un graphique, un dessin, une réunion, un groupe de travail pourraient être considérés comme étant des outils de gestion.

Plusieurs typologies d'outils de gestion sont proposées par les auteurs. Nous en citerons deux, la première est fondée sur une seule dimension, la finalité de l'outil (Moisdon, 1996) et la seconde croise deux dimensions, l'objet des outils et le degré de précision de cet objet (David, 1998).

Moisdon distingue ainsi trois types d'outils :

- Les outils d'investigation du fonctionnement organisationnel : ils supposent des tentatives de formalisation de l'activité de l'organisation fondées sur des hypothèses implicites quant aux

pratiques instituées et une mise en évidence des écarts avec les modes concrets de segmentation des tâches, de coordination des acteurs ou de l'évaluation de l'activité ;

– Les outils d'accompagnement de la mutation : le point de départ est le changement lui-même en lien avec la problématique de l'apprentissage organisationnel ; l'outil de gestion apparaît alors comme étant le support d'une construction progressive de représentations partagées à partir de laquelle se structurent les négociations et les débats contradictoires ;

– Les outils d'exploration du nouveau : ils visent à aider à la construction de meilleures images des variables organisationnelles et sur cette base orienter les métiers vers des transformations de leur savoir de base.

David croise quant à lui deux dimensions :

– L'objet des outils qui porte sur les « connaissances » et les « relations » ; l'auteur appelle connaissances « l'ensemble des informations, représentations élaborées, transmises, mémorisées par tout ou partie de l'organisation et relations » les différents types de contacts et de connexions, formels ou informels, directs ou non, qui existent entre des acteurs ou groupe d'acteurs de l'organisation » ;

– Le degré de précision de cet outil : il parle de cadrage lorsque l'outil n'est défini que dans les grandes lignes et de détail lorsque l'outil est défini de manière détaillée.

Quoi qu'il en soit, qu'ils soient ou non issus d'un modèle et dans un contexte de complexité croissante des organisations et d'un foisonnement d'activités, les outils de gestion constituent nécessairement des synthèses comportant une part irréductible de convention. Ils sont toujours susceptibles de paraître imparfaits à un esprit rigoureux (amortissements linéaires en comptabilité générale, choix d'unités d'œuvre en comptabilité analytique…). En ce sens l'outil n'est plus seulement une représentation simplifiée ; s'il repose sur un modèle, il s'agit surtout d'une représentation provisoire autour de laquelle les acteurs entreprennent par des « apprentissages croisés » (Hatchuel, 1994).

Ce cadre théorique rend compte du rôle des outils de gestion en tant qu'outils d'aide à la décision tournés vers l'anticipation de l'action dans les dynamiques organisationnelles. Le statut de l'outil semble alors osciller entre deux positions théoriques (Lorino, 2002). La première confère à l'outil une fonction de représentation en vue de répliquer la réalité et de la simuler, ces travaux rejoignent la réflexion autour du modèle en gestion ; la seconde considère l'outil de manière plus pragmatique, comme moyen d'action et d'intervention dans les

organisations (Moisdon, 1998), au cœur du processus d'apprentissage (Hatchuel et Molet, 1986) ; elle confère alors à l'outil le statut d'instrument de gestion. Autrement dit, l'outil de gestion pourra être vu comme un moyen de comprendre les dynamiques organisationnelles à mi-chemin entre le modèle et l'instrument, au cœur d'un processus en deux temps distinguant conception et utilisation.

Dans le cadre de notre recherche, nous retenons les définitions suivantes :

– Le modèle est défini en tant que représentation simplifiée du niveau de l'organisation ; l'enjeu réside dans la simplification de la complexité qui passe nécessairement par des choix méthodologiques et des hypothèses à formuler et expliciter.

– L'outil apparaît alors comme étant la traduction du modèle ; il doit être suffisamment générique, suppose une méthode pour pouvoir être reproduit et alimenté de manière homogène entre différentes organisations qui adopteraient le modèle sous-jacent.

– L'instrument repose alors sur l'association de l'outil avec les différents schèmes d'utilisation dont il peut faire l'objet. Il doit donc permettre l'adaptation aux facteurs de contingence de l'organisation étudiée et faciliter ainsi l'appropriation par les acteurs utilisateurs, commentateurs de l'outil.

Ces trois notions ont finalement pour principale différence le degré de divergence avec l'organisation. Elles peuvent être considérées comme trois étapes nécessaires, chronologiques, au moins dans un premier temps, à respecter. Pour autant, il va de soi que l'utilisation en tant qu'instrument peut, et doit être la source de modifications du modèle sous-jacent et de l'outil.

La prise en compte du niveau de l'organisation telle que nous souhaitons le faire dans le cas particulier de l'hôpital nous invite alors à placer notre réflexion à la charnière de ces deux positionnements ; nous souhaitons ainsi défendre l'idée selon laquelle l'outil résulte de la traduction d'un modèle mais seule son utilisation garantit l'appropriation par les acteurs.

5.1.1.2 L'instrument de gestion : du « mythe rationnel » à la dynamique de l'action collective

Les réflexions autour du modèle en gestion posent la question du caractère rationnel du modèle, qui constitue un moyen privilégié pour concevoir des comportements idéalisés. La confrontation avec les comportements observés permet de construire avec les acteurs une nouvelle vision des contraintes et objectifs d'acteurs spécifiques (Hatchuel et Molet, 1986). Ce modèle n'a de sens qu'au sein d'une interaction avec la structure qui tient compte des composantes organisationnelles, sociologiques, économiques et psychologiques de l'organisation. C'est à cette seule condition que des solutions pourront être déduites des calculs effectués par les outils et les comportements adéquats observés. Hatchuel explique alors que le modèle doit être constitué comme un « mythe rationnel » ; le mythe n'étant que la traduction d'une utopie issue de la modélisation de situations humaines, mais devant aboutir à la mise en évidence d'interactions entre acteurs et de déductions traduisant une réalité observée garantes de la rationalité du modèle. Partant de l'hypothèse que l'outil répond à une logique de représentation, il apparaît alors comme la simple traduction formelle du modèle permettant l'exécution du calcul. Mais, si l'implication des acteurs dans l'effort de modélisation semble être une condition nécessaire à l'appropriation de l'outil par ces acteurs, elle n'est pour autant pas suffisante ; à cette phase de conception de l'outil succède une phase d'utilisation. En effet, ce travail de conception pose la question de l'accueil du modèle ; deux comportements peuvent être observés (Hatchuel, Molet 1986).

- Un comportement de résistance tout d'abord, de méfiance vis-à-vis du modèle sous-jacent ne permettant pas de considérer les processus organisationnels existants comme des dysfonctionnements ;
- Un comportement de renforcement par des acteurs contraints par la stabilité de l'organisation et qui anticipent le potentiel de changement issu du mythe.

Seule l'utilisation du modèle semble pouvoir réduire les comportements de résistance en permettant l'adaptation à une nouvelle vision du réel débarrassée du ressenti des acteurs. S'engage alors un processus d'apprentissage entre concepteurs de l'outil et utilisateurs au sein de l'organisation. Ce processus permet à chacun des acteurs de s'approprier le fonctionnement de l'ensemble de la structure tout en tenant compte de sa logique présente et ainsi de comprendre l'écart entre le ressenti des acteurs et la logique observée.

Le passage du modèle à l'outil et son utilisation en tant qu'instrument se veut donc cohérent avec l'objet que nous étudions, le contrôle de gestion appliqué au cas hospitalier et qui débouche sur la question de l'action collective comme finalité du contrôle de gestion, laquelle oblige à remettre en cause un certain nombre d'évidences ou à l'inverse proposer des alternatives à des solutions non applicables au secteur de la santé. La notion d'action collective repose sur un jugement de bon sens, celui d'une complexité des actions humaines qui se traduit par une dimension non plus purement budgétaire ou financière du contrôle de gestion faisant ainsi appel aux ressources humaines.

Les sciences de gestion, en mêlant vision économique et approche sociologique doivent donc penser à la fois les savoirs nécessaires à la construction d'outils de gestion et la formation des structures, c'est-à-dire les relations de dépendance ou de complémentarité qui existent entre acteurs. Si nous postulons que le contrôle de gestion s'inscrit dans une telle perspective, alors il nous faut considérer une nouvelle définition du contrôle de gestion, qui n'est plus l'allocation et l'utilisation efficiente des ressources mais n'exclut pas pour autant, la construction d'outils de calcul des coûts. La difficulté apparaît dès le point de départ de notre réflexion, avant même de traduire le modèle en outil et l'utiliser en tant qu'instrument ; la multiplicité et l'hétérogénéité des savoirs détenus par des acteurs qui entrent en relation sont difficiles à agréger au sein d'un modèle et rendent difficiles la description du processus de conception du contrôle de gestion qui pourrait en découler.

5.1.2 Une déstabilisation de l'objet hôpital fonction du niveau de l'organisation

La première étape de notre raisonnement consiste à identifier l'ensemble des contraintes qui remettent en cause l'existence et la pertinence d'un contrôle de gestion transposé de la sphère industrielle. Le relâchement de ces contraintes permet de caractériser des situations innovantes dans le domaine du contrôle de gestion, tant du point de vue de l'organisation que de l'instrumentation de gestion qui l'accompagne.

En effet, la prise en charge des patients à l'hôpital incite bon nombre d'hôpitaux à mener une réflexion organisationnelle à l'initiative de la direction et / ou du corps médical soucieux de fournir des soins de qualité à leurs patients sans pour autant négliger la contrainte financière. Quel que soit le niveau de réorganisation envisagé, la question posée est celle de l'instrumentation nécessaire à trois niveaux : l'accompagnement de ces innovations

organisationnelles qui conditionne leur réussite, l'introduction de mécanismes incitatifs nécessaires à l'adhésion de tous les acteurs impliqués et enfin l'évaluation de ces nouveaux modes d'organisation. Les outils de gestion qui en découlent s'inscrivent donc dans une perspective d'aide à la décision et plus largement d'amélioration de l'efficience du pilotage médico-économique.

L'identification des objets du contrôle de gestion devant faire l'objet de ce processus de conception repose donc sur le constat des écueils du contrôle de gestion à l'hôpital. Autrement dit il s'agit d'identifier les situations que les outils traditionnels issus du contrôle de gestion traditionnel et / ou des instruments conçus par les gestionnaires hospitaliers, dans le cadre de démarches le plus souvent expérimentales et isolées, ne permettent pas d'étudier. A chacune de ces situations correspond la remise en cause d'une contrainte caractérisant le contrôle de gestion tel qu'il a été conçu dans la sphère industrielle. Pour autant, de telles situations ne feront l'objet du processus de conception innovante que si elles constituent un enjeu majeur en faveur d'un pilotage médico-économique de l'hôpital.

Ceci nous invite alors à définir un ou plusieurs objets nouveaux du contrôle de gestion à l'hôpital ; le degré d'innovation du processus de conception issu de l'instrument de gestion introduit en réponse à la contrainte relâchée peut alors être appréciée au regard du degré de déstabilisation de l'organisation. Nous plaçons donc successivement nos interrogations au niveau de l'hôpital, puis à la sortie au moment du retour au domicile ce qui nous permet d'introduire progressivement la question des liens avec la médecine de ville, et d'envisager au final le pilotage de la santé à l'échelle de la région.

L'ensemble de cette réflexion progressive constitue le fil directeur de notre recherche qui s'organise autour de trois terrains classés par degré d'ouverture croissant de l'hôpital sur l'extérieur. Ces trois terrains se veulent donc complémentaires et permettant d'appréhender des niveaux de l'organisation de plus en plus complexes et appelant une instrumentation de gestion adaptée à ces situations.

5.1.2.1 Le relâchement de la contrainte temporelle : anticiper l'impact d'une décision stratégique à l'échelle de l'établissement

A l'intérieur même de l'hôpital, nous avons déjà soulevé la difficulté à « faire ensemble », entre services et à l'intérieur des services mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession. Les clivages sont aussi particulièrement marqués entre secteur médical et secteur administratif mais aussi entre services d'hospitalisation et services médico-techniques et enfin au sein des services administratifs entre services fonctionnels et services opérationnels. Or la réalité de ces clivages peut varier d'un établissement à l'autre en fonction de la culture de l'établissement.

Par ailleurs, les hôpitaux sont en effet confrontés à des défis différents ayant chacun un impact sur les questions auxquelles doit répondre le contrôle de gestion ; à titre d'illustration et sans être exhaustif, on peut citer ;

- Le positionnement sur le bassin de santé : si certains établissements subissent directement la concurrence d'établissements voisins, le plus souvent privés, d'autres sont en situation de monopole ou bénéficient de la renommée de médecins garantissant une réelle attractivité auprès de la population ;
- La démographie médicale : la question de l'attractivité se pose également auprès du corps médical et certains hôpitaux se trouveront demain confrontés au manque de praticiens face aux difficultés à attirer de jeunes médecins ;
- La situation financière : si de nombreux établissements affichent un résultat déficitaire et font l'objet d'un PRE (Plan de Retour à l'Equilibre), rares sont ceux qui affichent un résultat positif permettant le lancement de projets stratégiques de grande ampleur ;
- La qualité du système d'information et l'accès aux données : il s'agit non seulement de pouvoir recueillir les données rapidement mais aussi de s'assurer de leur fiabilité.

Cette réalité hospitalière caractérisée par une grande diversité s'inscrit dans une dynamique de changement. L'enjeu est, en effet, d'instrumenter le contrôle de gestion, sur la base d'une modélisation plus ou moins élaborée et d'un outil qui permettrait d'intégrer chacune de ses situations.

Pour autant, dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins, les décideurs hospitaliers se trouvent aujourd'hui confrontés à une problématique nouvelle et commune : celle du pilotage de leur activité. Qu'il s'agisse d'une réflexion stratégique dans le projet

d'établissement ou d'un EPRD, d'une analyse exploratoire dans le cadre d'une action de coopération entre établissement ou encore de la recherche de solutions permettant un retour à l'équilibre financier, il est indispensable de vérifier la viabilité économique de la démarche stratégique mais aussi de valider l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle des hypothèses de travail auprès des équipes médicales et soignantes. Autrement dit, une telle mesure d'impact suggère de dépasser l'approche traditionnelle du contrôle de gestion tournée vers la seule explication du passé, vision encore largement dominante dans les établissements hospitaliers, au profit d'une démarche de type prospectif.

La première contrainte relâchée est donc la contrainte temporelle. Elle caractérise une situation de gestion innovante dans la mesure où elle ne se limite plus à la seule analyse des coûts ; en effet, si l'obligation légale faite aux établissements assurant le service public hospitalier de tenir une comptabilité des dépenses engagées et une comptabilité analytique a permis de progresser dans la connaissance des coûts, une telle démarche s'inscrit dans une perspective de contrôle au sens de vérification par la tutelle ; la comptabilité des dépenses engagées sert au suivi et au contrôle de l'exécution budgétaire ; l'analyse de l'activité et des coûts selon les principes de la comptabilité analytique est également transmise à l'autorité administrative.

L'apport du relâchement de la contrainte temporelle est double : il permet d'une part d'introduire la dimension stratégique, puisqu'il s'agit de définir des orientations stratégiques devant faire l'objet d'une simulation économique et d'autre part de dépasser la seule logique comptable centrée sur l'analyse des coûts ; outre la prise en compte des recette attendues, il convient aussi de s'assurer de la faisabilité de la stratégie qu'il s'agisse de l'occupation de la structure mais aussi de l'acceptabilité de la décision par l'ensemble des acteurs concernés et donc d'appréhender différents niveaux de l'organisation dans le cadre d'un dialogue de gestion partagé entre la direction, qui propose une orientation stratégique, les équipes « terrains » (médicales, soignantes et médico-techniques) qui disposent de l'expertise médicale et organisationnelle et les gestionnaires qui évaluent sur le plan économique.

Notre premier terrain de recherche porte alors sur la construction d'un outil de simulation économique dont l'objectif est de permettre de mesurer l'impact d'une stratégie médicale sur l'activité, l'occupation de la structure et *in-fine* le résultat économique.

Une telle vision en lien avec les problématiques de la décision stratégique contribue ainsi au décloisonnement au sein de l'hôpital entre services administratifs et services cliniques ; pour autant elle demeure très hospitalo-centrée. Ce constat nous amène alors à considérer un nouveau niveau de l'organisation et un nouvel objet sur lequel doit porter le contrôle de gestion et donc le processus de conception que nous cherchons à mettre en œuvre.

5.1.2.2 Le relâchement de la contrainte aval : anticiper et organiser la sortie du patient vers le domicile

La recherche de durées de séjours plus courtes ainsi que la diversité des intervenants dans le cadre d'une prise en charge plus singulière des patients incitent à la mise en œuvre de prises en charge plus coordonnées des patients tant en interne qu'en externe. L'enjeu réside dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé en termes de qualité et d'efficience au regard du coût. L'intérêt croissant pour cette question de la coordination des soins, à travers des formes nouvelles de collaboration entre établissements, apparaît alors comme une réponse aux besoins en matière de santé notamment dans le cas des maladies chroniques qui exigent des prises en charges plus globales et mieux coordonnées.

Or, si l'information médico-économique constitue le vecteur essentiel du pilotage des établissements hospitalier la définition du produit hospitalier à travers le Groupe Homogène de Malade (GHM) qui prétend fournir cette information médico-économique en expliquant l'homogénéité tant du point de vue de la consommation de ressources que de la signification médicale, il se révèle insuffisant dans le cadre de prises en charges transversales impliquant acteurs hospitaliers et extrahospitaliers.

La notion de filière de soins, introduite par l'ordonnance du 24 Avril 1996 en lien avec la notion de réseaux permet ainsi de dépasser la contrainte liée à une définition trop restreinte du produit hospitalier. La filière de soins est ainsi définie comme étant une « organisation autour d'un médecin référent qui décide de l'orientation du patient et assure son suivi médical ». Elle recouvre toutefois des définitions différentes et se décline à deux niveaux. En interne, elle apparaît comme étant un mode d'organisation dans le cadre d'une succession de stades de prise en charge en vue d'orienter la trajectoire du patient pour une meilleure qualité des soins, une meilleure utilisation des équipements et une prise en charge pluridisciplinaire. En externe, elle apparaît comme étant un support à la continuité des soins pour des personnes dont le

parcours les amène de la ville à l'hospitalisation puis vers le domicile ou une structure de soins de suite.

C'est à cette deuxième question que nous nous intéressons en vue d'aborder un niveau supérieur de l'organisation. Nous prenons l'exemple de la cancérologie, discipline dans laquelle le rôle de la coordination y est reconnu du fait de l'approche pluridisciplinaire nécessaire tant sur le plan du diagnostic que thérapeutique. La mise en place du dispositif d'annonce de la maladie issu d'une approche coordonnée entre professionnels, ou encore la réunion de concertation pluridisciplinaire, basée sur une approche concertée dans le cadre de la définition de la stratégie thérapeutique en sont des exemples. Pour autant, si de tels modes de coordination sont bien formalisés en amont de la prise en charge, d'autres modes de coordination doivent être considérés en aval tels que ceux relatifs à l'anticipation et à l'organisation de la sortie du patient et des soins à délivrer à domicile.

Notre deuxième terrain de recherche porte sur l'évaluation des modes de coordination mis en œuvre à la fin du primo-traitement dans le cadre du dispositif de retour à domicile du patient atteint de cancer.

A ce stade de notre réflexion, malgré la prise en compte d'acteurs extérieurs, le processus de conception demeure « hospitalo-centré », l'hôpital étant le point de départ des processus de prise en charge. Or, des projets relatifs à une prise en charge intégrée des problèmes de santé au niveau du territoire, souvent infrarégional semblent se profiler et nous amènent à examiner un troisième niveau de l'organisation.

5.1.2.3 Le relâchement de la contrainte spatiale : piloter la santé à l'échelle territoriale

Au niveau local, des formes originales de gestion de la santé semblent se mettre en place à l'initiative d'acteurs locaux qu'il s'agisse des directions hospitalières, des médecins hospitaliers mais aussi des médecins libéraux.

Le pilotage de l'ensemble de la région devient d'ailleurs le fait des Agences Régionales de Santé, par l'ensemble des parties-prenantes, création de nouvelles relations interprofessionnelles et de nouvelles relations avec la population, par exemple au niveau du suivi de certaines pathologies (diabète, asthme, obésité….) et de nouvelles pratiques de prévention.

Si la pratique de la médecine doit évoluer en ce sens, des outils permettant de rendre visibles les effets de tels projets et *in-fine* les piloter doivent être mis en œuvre. Dans le cadre d'une logique territoriale, une information nouvelle semble pertinente en vue de permettre ce pilotage à l'échelle régionale. De tels tableaux de bord sont donc nécessaires et peuvent être de plusieurs ordres, il peut s'agir d'indicateurs d'ensemble portant sur le processus mis en œuvre dans le cadre de sous-projets (prévention d'une pathologie par exemple) ou sur les résultats. Mais un pôle santé du territoire est susceptible de modifier les flux de prestations celle des flux de prestations dans le territoire mais aussi entre ce territoire et les autres espaces territoriaux. Ce descriptif quantifié peut être assimilé à un compte local de la santé, inspiré des comptes nationaux de la santé permettant de symboliser l'autonomie du pilotage territorial du système de santé et éventuellement préparer des formes de délégation financière nouvelles.

Notre troisième terrain de recherche porte sur le développement d'un pôle régional de la santé à travers une coopération étroite entre un cabinet de médecins généralistes de la ville et l'hôpital de référence sur le territoire. Il s'agit ainsi de raisonner autour d'une prise en charge intégrée des problèmes de santé d'un territoire et établir les principes d'un pilotage à l'échelle de la région.

L'ensemble de ces terrains ont pour point commun de s'intéresser au développement d'une organisation plus transversale tant en interne qu'en externe. A chaque niveau, les enjeux sont conséquents. Globalement, il s'agit de passer d'une organisation de professionnels associés à une organisation plus horizontale et moins hiérarchique, favorisant la collaboration de praticiens de diverses spécialités. Cette démarche passe aussi par la recherche de complémentarités et de collaboration avec la médecine de ville. Les trois terrains de recherche ont ainsi pour point commun de prendre comme objet sur lequel doit porter le contrôle de gestion, la trajectoire du patient. Nous montrons ainsi en quoi le choix de ces terrains permet d'avoir une vision la plus complète possible de l'organisation étudiée et de l'instrumentation de gestion qu'il est possible de mettre en œuvre.

Face à ces enjeux, et pour aboutir à de telles discussions, la construction du modèle et de l'outil s'appuie sur des expérimentations réelles représentatives de situations de gestion innovantes qu'il convient de formaliser pour progresser en termes de généralité. Dès lors, la

méthodologie de recherche adaptée passe nécessairement par une méthode d'exploration du nouveau qui implique d'observer le terrain quitte à pouvoir y intervenir.

Appliqué au secteur de la santé, dont la particularité est l'objet sur lequel il porte, le patient, un être humain, par définition unique, non normé, nous ne pouvons pas réduire l'action à un phénomène naturellement observable mais comme une modification d'un système qui oblige à entrer dans un processus de conception qui exige donc de notre part une intervention.

5.2 Modalités d'observation de l'hôpital : recherche-intervention

Dans le cadre de notre recherche, le matériau s'est constitué sur la base des opportunités d'accès au terrain. Les modalités d'accès au terrain ont été diverses qu'il s'agisse de données issues de missions de conseil, de contacts ponctuels, d'interventions de longue durées, la collecte de données, les acteurs rencontrés, l'analyse et les enseignements tirés de ces expériences se sont faits de différentes manières.

Les terrains présentés au chapitre précédent et positionnés en fonction de plusieurs critères ont fait l'objet d'analyses que nous qualifions jusqu'ici d'idiographiques[15], qu'elles prennent la forme d'études de cas ou de recherches-interventions. Même si notre recherche s'inscrit dans un contexte d'ouverture de l'hôpital avec l'étude des relations avec des acteurs extérieurs et les mécanismes de coordination qui en découlent, les trois terrains étudiés partent tous d'un établissement que nous présentons brièvement ici.

Les nombreuses relations du CNEH avec les établissements de santé, hospitaliers ou médico-sociaux ont permis de tisser un certain nombre de contacts et se sont notamment traduits par la constitution d'un partenariat de recherche qui a permis de mener une recherche-intervention d'une durée de deux ans et s'est traduit par la construction d'un outil de simulation économique de l'hôpital.
Une autre recherche a été menée avec un Centre de Lutte contre le Cancer situé en Ile de France ; le contexte étudié est celui de la création d'une structure originale, la Coordination des Soins Externes (CSE), qui vise à améliorer la continuité des soins et préparer les sorties

[15] Il s'agit en effet de l'étude descriptive de cas singuliers, isolés, sans chercher à en tirer des lois universelles. C'est la confrontation de l'ensemble des terrains associé aux autres matériaux qui nous permet d'en tirer des enseignements dans le cadre d'un raisonnement de type adductif.

complexes des patients requérant des soins à domicile. Plus précisément, la CSE est une unité fonctionnelle transversale ayant pour mission principale d'assurer le retour au domicile des patients nécessitant des soins complexes (hors injections sous cutanée seule et pansement simple) et / ou du matériel médical à domicile. Elle intervient donc en tant qu'interface entre l'hospitalisation et l'extrahospitalier. Ce terrain nous permet donc d'élargir l'objet d'étude qu'est l'hôpital et s'apparente davantage à une étude de cas, l'objectif n'étant pas d'intervenir directement et être partie prenante du changement qui est déjà intervenue plusieurs années en amont mais d'évaluer l'effectivité des modes de coordination mis en place à la fin du primo-traitement en vue de permettre le retour au domicile ainsi que le positionnement des acteurs au sein de la filière.

Enfin, un troisième terrain a fait l'objet d'une recherche-intervention au sein d'un Centre Hospitalier de province ; à l'initiative de la direction de l'établissement, une expérience originale a été menée, celle de la création d'un pôle de santé dont l'enjeu est de regrouper un maximum de professionnels médicaux-sociaux au sein de l'hôpital de secteur en commençant par le cabinet médical de la ville, créé il y a plus de quinze ans et qui compte huit médecins généralistes. Dans ce contexte, l'Ecole des Mines de Paris et des chercheurs de l'Institut Régional et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) ont été sollicités, les premiers en vue de construire un outil, sur la base des comptes locaux de la santé, permettant d'évaluer le développement d'un pôle territorial de santé, et les seconds afin de préciser les rôles et les modes de fonctionnement d'un pôle local de la santé. Au total c'est un groupe de travail, réunissant sur un territoire de proximité, au sens de la planification, hospitaliers (administratifs et médecins) et praticiens de ville qui s'est réuni accompagnés dans leur projet par les chercheurs de l'Ecole des Mines et de l'IRDES.

Pour chacun de ces trois terrains, notre travail de recherche vise à décrire l'ensemble des phases successives qui a permis la conception et l'utilisation des indicateurs et outils dans le contexte du tryptique modèle – outil –instrument. Il s'agit de comprendre comment ont été conçus ces outils et les acteurs qui ont été intégrés à cette démarche, et ce en proposant diverses alternatives (les médecins, les responsables de pôle, les gestionnaires, la direction, les intervenants extérieurs à l'hôpital…). Notre démarche de recherche a aussi pour objectif de repérer, si possible, en quoi les outils proposés ont effectivement amélioré la pertinence du processus de décision et de management interne. Nous adoptons alors une démarche plus ethnologique, décrivant les discussions entre acteurs et comprendre ainsi comment les outils ont fait évoluer certaines perceptions négatives que ceux-ci pouvaient avoir au préalable sur

les analyses et outils que proposait le contrôle de gestion jusqu'ici, et comment une fois compris l'intérêt de ces analyses et outils ils s'en saisissent.

Sur la base d'une présentation des fondements des différentes démarches de recherche, nous positionnons ensuite ces démarches au regard des problématiques qu'elles doivent permettre de traiter de manière pertinente dans le cas de l'hôpital en vue de situer l'ensemble du matériau exploité au cours de la thèse CIFRE.

5.2.1 Le matériau de recherche : recherche-intervention et études de cas

La recherche en gestion a mis du temps à s'imposer en tant que discipline dans le monde universitaire français. Sa spécificité repose sur l'objet d'étude de telles recherches partant de l'observation de la vie interne des organisations qu'elles soient publiques ou privées. L'objet de la recherche propose ainsi de mettre en évidence des régularités susceptibles de corriger la vision usuelle des entreprises comme lieu d'exercice de libres volontés, en montrant que ces volontés peuvent se heurter à de puissants mécanismes qui échappent souvent à la logique des acteurs (Berry, Moisdon, Riveline, 1978).

Pour autant, les années 1960 et 1970 se sont traduites par un essor considérable de moyens nouveaux, qu'il s'agisse de procédures formelles permettant la planification, les choix d'investissement, de systèmes de contrôle tels que la comptabilité analytique, le contrôle de gestion, d'applications mathématiques pour gérer les interactions dans des systèmes complexes, et enfin de l'informatique pour traiter l'énorme quantité d'informations produites dans les grandes organisations. Pour autant, ces innovations n'ont pas répondu à toutes les attentes placées en eux en termes d'utilisation concrète, voire même d'aggravation des phénomènes bureaucratiques qu'elles étaient pourtant sensées combattre. Face à ce constat, la question posée est celle de l'impact des outils qui suggèrent dès lors d'explorer les mécanismes de gestion mis en œuvre.

Par mécanismes de gestion, nous entendons donc le processus de conception du modèle et de l'outil mais aussi son utilisation en tant qu'instrument qui implique de prendre en compte les choix, les opinions et les humeurs des personnes. La démarche scientifique, à laquelle doit se confronter tout chercheur impose donc de pouvoir mettre l'accent sur ce qu'il y a de semblable dans des choses apparemment uniques (Ackoff, 2004).

Dans ce contexte, si les chiffres semblent bénéficier d'un pouvoir synthétique et une forme d'objectivité, ils peuvent aussi au travers d'outils, de procédures, de savoirs, canaliser les processus de jugement et de choix et non plus guider, aider, choisir.

La recherche impose donc d'explorer quatre niveaux d'analyse :

- La matière, qu'elle soit issue ou non du système d'information, mais impose des contraintes dans la méthode de recueil des données et le panel de solutions envisageables face à un même problème ;
- Les personnes qui rendent difficile toute tentative d'uniformisation, même si l'âge de la personne, son statut social, sa formation professionnelle, ses perspectives de carrière peuvent donner des éléments de réponse quant à sa logique de choix ;
- Les normes institutionnelles, qui ne sauraient se déduire de la somme des caractéristiques individuelles de ses membres ;
- Les normes culturelles, plus difficile à désigner, elles regroupent l'ensemble des évidences et des règles que les acteurs d'un système admettent sans qu'elles soient formalisées ni-mêmes formulées.

Le chercheur en gestion se doit alors de prendre en compte chacune de ces dimensions à commencer par la matière qui suppose l'accès au terrain. Le chercheur devient alors partie prenante de l'organisation qu'il étude. Dans notre cas, l'objet de recherche est le contrôle de gestion à l'hôpital, il suppose donc d'explorer différents terrains (la matière), afin de mesurer la complexité des relations entre acteurs (les personnes), dans le cadre d'une réflexion orientée à travers le triptyque modèle / outil / instrument pour apporter de la connaissance aux établissements expérimentés et contribuer ainsi à la transmission des savoirs (institutions) en fonction des modes de fonctionnement de l'hôpital, ses spécificités globales ou propres à chaque établissement (normes culturelles).

Autrement dit, le chercheur, à supposer qu'il ait été admis, observe le fonctionnement de l'organisation étant entendu que celui-ci pourrait être modifié par sa présence. Il se positionne donc au croisement de plusieurs disciplines, les sciences appliquées à la décision, le calcul économique et la sociologie. Il contribue ainsi à la compréhension de mécanismes de gestion mal maîtrisés, reconnus comme tels et constatés par les praticiens mais qui semblent parfois attirés par la volonté d'ignorer ce phénomène. Le chercheur doit pallier ce biais par deux modes de recherche, l'étude de cas et la recherche intervention.

5.2.1.1 Du travail sur l'existant

Le travail sur l'existant peut se faire au moyen de l'étude de cas comme moyen d'étude de constructions en développement qui permet ainsi de mettre l'accent sur le contexte dans lequel le phénomène s'inscrit (Eisenhardt et Graebner, 2007). En effet, nous souhaitons dépasser la seule vision de démarches gestionnaires nécessairement issues du secteur privé ; la gestion n'a pas attendu le privé pour mettre en place des approches, méthodes et outils du management. L'enjeu est donc d'expliquer pourquoi la question de recherche est importante et pourquoi aucune théorie n'offre de réponse plausible. Or, la littérature a jusqu'ici ignoré le sujet de critique qu'est l'hôpital.

Contrairement au cas des recherches déductives où les preuves empiriques sont synthétisées sous la forme d'analyses statistiques, les données issues de l'étude de cas ne sauraient être autant restreintes, du fait de la richesse des détails qualitatifs. Il s'agit donc de faire apparaître les difficultés rencontrées et ainsi mettre en évidence la complexité des situations sur le terrain. L'enjeu consiste à observer le phénomène selon diverses perspectives ; les informations peuvent inclure des acteurs de l'organisation provenant de différents niveaux hiérarchiques, zones fonctionnelles ou groupes mais aussi des acteurs extérieurs à l'organisation tels que le régulateur.

Il s'agit donc davantage d'une stratégie de recherche qui s'appuie sur un ou plusieurs cas pour créer des propositions et des constructions théoriques selon une approche inductive. Ces cas multiples doivent alors être considérés comme des expériences qui permettent de répliquer, contraster et étendre un cadre théorique émergent.

Pour autant, à la différence des expériences de laboratoires qui isolent le phénomène du contexte, les études de cas mettent l'accent sur le contexte dans lequel le phénomène s'inscrit. Elle devient ainsi objective ; la donnée suffit à alimenter la discipline ce que les mathématiques font sur la base de modélisations analytiques formelles.
L'une des raisons de la popularité et de la pertinence d'une théorie construite sur la base de cas réside dans la qualité du pont opéré entre une preuve qualitative riche et une recherche déductive traditionnelle. En effet, en proposant des constructions en développement, des mesures et des propositions théoriques testables, elle met la recherche inductive en accord avec la recherche déductive traditionnelle.

En fait les logiques inductives et déductives se révèlent complémentaires et contribuent à la mise en en œuvre d'une démarche de type abductif ; la première produit une nouvelle théorie à partir des données issues des études de cas et la seconde vient en appui de la première pour tester ces théories. Ainsi, une approche centrée sur des données empiriques permet l'obtention d'une théorie plus récente, intéressante et testable, que nous appliquons ici à la problématique de l'instrumentation dans le cadre d'un contrôle de gestion hospitalier, peu explorée jusqu'ici et dans un contexte de mutation de l'objet hôpital.

Pour autant cette méthode de recherche fait l'objet de remises en causes par les critiques qui travaillent sur des échantillons larges, testent des hypothèses ou simplement considèrent leur propre méthode comme supérieure. Intuitivement, on reproche souvent à la recherche fondée sur les cas d'être moins précise, objective et rigoureuse qu'une recherche fondée sur la validation d'une hypothèse basée sur des échelles larges. L'enjeu est donc d'expliquer pourquoi la question de recherche est importante et pourquoi aucune théorie n'offre de réponse plausible. Souvent, la littérature a jusqu'ici ignoré le sujet de critique.

Le challenge de justification d'une recherche inductive basée sur des cas dépend partiellement de la nature de la question de recherche.
Dans le cas de questions de recherche basée sur la théorie qui cherchent à étendre une théorie, il convient de formuler la recherche à l'intérieur du contexte de la théorie et mettre en œuvre une recherche inductive. Ces chercheurs justifient leur approche en termes d'extension de la théorie institutionnelle et la capacité des données qualitatives à expliquer les processus sociaux complexes que cela implique. A l'inverse, pour des questions de recherche étudiant un phénomène nouveau, le chercheur doit formuler sa recherche en termes d'importance du phénomène et de manque de théorie plausible existante.
Autrement dit, une recherche construisant une théorie à partir de cas répond typiquement à des questions « Comment » et « Pourquoi » dans des domaines encore inexplorés.

L'un des challenges souvent posés est celui de la sélection du ou des cas. Beaucoup de lecteurs font la supposition fausse selon laquelle les cas devraient être représentatifs de l'ensemble de la population comme le sont les données utilisées dans les recherches testant des hypothèses sur de larges échantillons. Autrement dit, ils posent la question, « Comment peut être généralisée une théorie si les cas ne sont pas représentatifs ? ». Une des réponses à cet enjeu consiste à clarifier le propos d'une recherche chargée de développer une théorie et non de la tester et donc un échantillon théorique (et non randomisé ou stratifié) est approprié.

L'échantillon théorique signifie simplement que les cas sont sélectionnés car ils sont particulièrement adaptés pour expliquer et étendre les relations et les logiques en construction. D'ailleurs, les expérimentations en laboratoire ne sont pas essayées aléatoirement sur la population mais elles sont choisies pour la probabilité qu'elles ont d'offrir des idées théoriques. Donc les cas sont aussi choisis pour des raisons théoriques telles que la révélation d'un phénomène inhabituel, la réplication de conclusions issues d'autres cas, l'élimination d'explications alternatives et l'élaboration d'une théorie émergente.

Le choix d'un échantillon théorique d'un cas unique est simple ; ils sont choisis car ils sont révélateurs, exemplaires et constituent une opportunité pour un accès à une recherche inhabituelle ; une recherche basée sur un cas unique exploite ces opportunités et explore un phénomène important dans des circonstances rares ou extrêmes.

C'est ce choix que nous avons opéré en recourant à trois cas uniques qui certes traitent de l'hôpital mais correspondent chacun à un degré d'ouverture de l'hôpital différent, de plus en plus large.

Autre défi à relever, celui de la dichotomie entre données qualitatives et recherche quantitative. L'étude de cas est en effet souvent basée sur des données qualitatives telles que des observations, livres historiques, archives. Certains spécialistes proposent une définition très spécifique de ce qu'est une recherche qualitative en fonction du type de données. Selon cette approche, la recherche qualitative est essentiellement descriptive, insiste sur la construction sociale de la réalité et cherche à révéler comment opérer une extension de théorie en exemples particuliers. Pour autant certaines recherches bien que basées sur des données qualitatives ne sont pas considérées ainsi.

Contrairement au cas des recherches déductives où les preuves empiriques sont synthétisées sous la forme d'analyses statistiques, les données issues d'études de cas ne sauraient être autant restreintes, du fait de la richesse des détails qualitatifs. Dans le cas d'une étude de cas unique, l'histoire est racontée de manière à établir une connexion entre des preuves empiriques et la théorie émergente ; théorie et preuves empiriques sont mises au premier plan.

Certains auteurs insistent sur l'interprétation donnée par les acteurs sociaux (Glaser et Strauss 1967). Ainsi, Suddaby (2006), distingue comparaisons constantes et échantillon théorique ; la

première suppose une collection simultanée et une analyse des données tandis que la deuxième signifie que les décisions relatives aux données à collecter sont déterminées par la progression de la théorie. Dans ce cas l'adhésion à un cadre théorique est importante en vue de la qualité de la recherche mais une adhésion stricte est aussi source d'un manque de généralisation et une dépendance idiosyncratique du point de départ empirique.

C'est ce choix que nous avons fait en recourant à trois cas « uniques » dont la progression et l'articulation permettent de progresser dans l'émergence de la théorie sous-jacente. Tout l'enjeu consiste à rédiger la théorie par étapes ; d'abord ébaucher la théorie émergente dans l'introduction, puis écrire chaque proposition dans le corps et les lier à la preuve empirique pour chacune d'entre elle mais aussi pour établir les liens entre les propositions. Lorsque la recherche est bien faite, les propositions seront étayées par tous les cas car le partage aura été bien fait entre théorie et données. Enfin, il est crucial d'écrire les arguments théoriques sous-jacents qui mettent en évidence le lien entre les constructions à l'intérieur d'une proposition.

Pour ce faire, il semble toutefois opportun de dépasser le stade de l'observation et de l'analyse au profit de l'intervention qui permet au chercheur d'introduire lui-même les ingrédients dont il a besoin pour faire évoluer son raisonnement et donc la théorie.

5.2.1.2 …au projet concret de transformation de l'organisation

La recherche en gestion peut être menée de différentes manières en fonction de la finalité, qu'il s'agisse de modéliser, expérimenter, observer ou de manière plus ambitieuse intervenir. Nous l'avons déjà évoqué la modélisation dans une perspective théorique ne passe pas par la délimitation d'un ensemble d'équations en mathématiques de manière évidente mais aussi dans certaines branches de l'économie ou de la recherche opérationnelle. L'espace empirique devient essentiel dès lors qu'on passe à l'application. L'expérimentation en laboratoire est une autre démarche de recherche, pour autant elle nie les relations de corrélation ou de causes à effets, les interactions entre objets souvent sources de complexité et qui constituent bien souvent un élément majeure de l'organisation étudiée.

La recherche en sciences de gestion suppose dès lors de dépasser ces visions probablement trop réductrices ; l'observation et plus encore l'intervention doivent permettre de dépasser cette vision plate au profit d'une vision plus dynamique en lien avec la problématique du

changement. Celle-ci va de pair avec un projet d'action et place alors le chercheur en position d'acteur et de partie-prenante dans le processus d'action collective. Les connaissances qui en découlent se veulent donc ni cumulables, ni transposables mais se construisent en lien avec un processus d'innovation. C'est à cette seule condition que nous pourrons contribuer au processus d'amélioration du contrôle de gestion des organisations de santé en posant progressivement la question nouvelle de l'instrumentation non plus à l'échelle de l'hôpital au sens stricte mais du territoire de santé.

A ce stade de notre réflexion, il semble évident que l'objet du contrôle de gestion que nous étudions ne saurait être qualifié d'hospitalier mais porte plus largement sur la relation de soins. La notion de « rapport de prescription » (Hatchuel, 2001) est porteuse de sens du médecin vers le patient, mais aussi du médecin vers les services médico-techniques pour élaborer le diagnostic et / ou suivre l'efficacité du traitement et donc l'état de santé du patient. Plus généralement et conceptuellement, la notion de « rapport de prescription » est un concept plus précis pour l'action collective, les savoirs étant assimilés au contenu de la prescription, et les relations à la nature du rapport.

L'action collective est donc un processus de construction conjointe des savoirs et des relations. La modélisation, sur la base de « mythes rationnels », induit des conceptions limitées du monde et d'autrui qui doivent être acceptées par les acteurs qui détiennent les savoirs et les relations qui les lient. Nous avons déjà souligné la nécessité d'accepter l'incomplétude des tableaux de bord pour modéliser la complexité du parcours de soins et son caractère unique. Dans le cadre de notre recherche, ce sont ces conceptions qui favorisent une dynamique de l'action collective en tant qu'expression d'un savoir novateur et donc une nouvelle perception des relations que nous étudions.

Il en résulte une remise en cause d'un contexte où les situations de gestion seraient bien cadrées et ne nécessiteraient donc pas de réviser les identités des concepts. Il ne suffit donc plus seulement d'appliquer les préceptes du contrôle et de l'évaluation dans un contexte où les objectifs sont connus, les métiers stables, leurs interactions planifiés, les méthodes génériques et les processus sous contrôle. A l'inverse, la relation de soins mobilise des techniques de diagnostic, des compétences, des formes d'organisation et de coopération souvent inédites. De nouveaux objectifs apparaissent et les étapes de validation sont à compléter. Le contrôle de gestion médicalisé ne se limite pas, à un processus de conception réglée dans le cadre d'une trajectoire technologique établie. Les auteurs parlent ainsi de

« dominant design »[16](Abernathy et Utterback, 1978) nécessitant une simple adaptation du contrôle de gestion classique et des compétences existantes. Il peut impliquer un processus de conception innovante (Hatchuel, Le Masson, 2002), c'est-à-dire une révision profonde de l'identité des objets, des compétences, des raisonnements et des outils de gestion associés par rapport à des objectifs peu spécifiés au départ.

Notre réflexion autour du contrôle de gestion, dont nous remettons en cause le qualificatif d'hospitalier trop restrictif et peu représentatif des enjeux de gestion auxquels doivent faire face les systèmes de santé, implique donc d'étudier plusieurs niveaux d'organisation. Or, à mesure que nous élargissons le niveau de l'organisation, en dépassant progressivement les frontières de l'hôpital, la distance entre savoirs et relations s'accroît, les savoirs se multiplient, les relations se complexifient.

5.2.2 Problématiques de recherche associées au cas de l'hôpital

Pour alimenter cette réflexion et avant d'entrer dans la présentation de nos trois terrains de recherches, il nous semble pertinent de relier cette méthodologie de recherche aux thématiques de la décision, de la conception et du changement et renforcer encore la justification de la méthode de recherche retenue.

5.2.2.1 La problématique de la décision

La première problématique à laquelle est confronté le manager hospitalier est celle de la décision stratégique. Or la décision n'est pas simple, elle n'est pas qu'une affaire de chercheurs ou de managers, c'est aussi une affaire de société abordée par la théorie de la décision (Goodwin et Wright, 1999). Le problème n'est pas simplement de choisir entre deux alternatives A et B classiques, il est beaucoup plus classique et interroge directement la structure de préférences de chacun. Le cas des processus d'innovation dans les entreprises dynamiques traduit bien le caractère complexe de la décision ; la problématique n'est plus seulement de choisir, ou d'imaginer des solutions possibles, mais de savoir comment sont

[16] Un *dominant design* désigne un ensemble de caractéristiques qui sert de référence pour une catégorie de produits, qui donne l'identité d'un produit (Abernathy et Utterbach, 1978).

générés les espaces organisationnels et techniques au sein desquels les processus se dérouleront.

L'évolution des modèles de la décision traduit cette complexification à travers trois ruptures essentielles ; nous citons ici les travaux de David (2002) qui analyse le renoncement à l'optimisation, l'intégration de l'approche processuelle et des dynamiques d'apprentissage et enfin l'irruption de la problématique de la conception et de l'entreprise innovatrice. Cette grille d'analyse nous semble pertinente quant à son application au cas hospitalier, le décideur hospitalier devant agir dans un contexte de plus en plus complexe, caractérisé par des logiques d'acteurs fortes et un manque de connaissance des processus qui rendent nécessaires un certain nombre d'adaptations permanentes.

La recherche opérationnelle est définie de manière très générale comme étant la « discipline des méthodes scientifiques utilisables pour élaborer de meilleures décisions »[17]. Autrement dit, elle propose des modèles conceptuels pour analyser des situations complexes et permet aux décideurs de faire les choix les plus efficaces. Elle recouvre donc deux objectifs : l'optimisation pour une aide à la décision qui repose sur des méthodes exactes ou approchées, et une aide multicritère à la décision qui appelle des techniques de modélisation et des outils. Une approche de Recherche Opérationnelle se décompose donc en plusieurs étapes :

- Comprendre le problème ;
- Modéliser le problème ;
- Proposer des méthodes de résolution, d'aide à la décision ;
- Tester les méthodes.
- Mettre en place les méthodes et les confronter à la réalité

L'ensemble de ces étapes nous semble pertinent dans une démarche de contrôle de gestion, qui nous l'avons dit ne décide pas, mais aide à la décision. Les méthodes de recherche que nous avons mobilisées sur nos différents terrains de recherche s'appuient sur cet enchainement logique. Pour autant, il existe une distinction fondamentale quant au secteur concerné et aux outils utilisés. Si nous avons fait un effort de modélisation, il n'est pas pour autant possible de mettre en œuvre des techniques mathématiques d'optimisation du modèle.

[17] Présentation de la RO par JC Billaut, président de la ROADEF, société française de recherche opérationnelle et d'aide à la décision.

La désoptimisation de la recherche opérationnel apparaît comme une première rupture dans l'histoire des modèles de la décision. Elle débute avec un article de Roy (1968) qui rend possible l'optimisation de la réalité, et non plus seulement celle du modèle, à travers l'irruption de l'acteur dans le processus de décision. Certains auteurs vont même jusqu'à abandonner toute perspective d'optimisation afin de comprendre les mécanismes de l'allocation collective considérés jusqu'ici comme irrationnels ou inefficaces. A titre d'illustration, citons le modèle du garbage-can défini par March, Olsen et Cohen (1972) qui adoptent une approche comportementale de la décision dans le cadre d'une structure facilitant la rencontre des erreurs, des problèmes et des solutions de façon adéquate et rapide.

S'il ne s'agit plus seulement d'optimiser la décision, c'est aussi parce qu'elle devient multicritère et se complexifie. Ce processus de complexification s'accélère encore avec la prise en compte des acteurs qui composent l'organisation ; concevoir et mettre en place des outils de gestion s'inscrit alors dans un processus dialectique qui permet de découvrir un certain nombre d'aspects du fonctionnement des organisations dans le cadre d'un apprentissage croisé (Hatchuel, 1994) et sur cette base d'une dynamique d'action collective. L'étude du processus de décision ne peut alors réduire la conception à la seule phase amont de ce processus. L'implication des acteurs est seule garante d'une déclinaison réussie des décisions prises et formalisées par un plan d'actions.

5.2.2.2 La problématique de la conception

Conception et utilisation de l'outil de gestion font partie d'un processus itératif, tout particulièrement dans le cas d'outils de gestion qui font l'objet d'adaptation permanente. De plus la conception ne saurait être une phase a-organisationnelle. Notre démarche de conception dépasse en ce sens la gestion de l'innovation au sens classique des produits nouveaux pour aborder l'organisation dans son ensemble.

Face à ce double constat, il convient de différencier recherche, innovation et développement dans la firme innovante. Nous nous appuyons ici sur les travaux de Hatchuel, Lemasson, et Weil pour justifier le choix de nos terrains comme objet d'une démarche de recherche innovante.

– En effet, la Recherche est définie comme étant un processus contrôlé de production de connaissances.

– Le Développement est quant à lui un processus contrôlé qui active des compétences et des connaissances afin de spécifier un système qu'il s'agisse d'un produit, d'un process ou d'une organisation.

– La Structure d'innovation se situe à mi-chemin entre recherche et développement, elle est responsable d'une double activité de conception, d'une part, un processus de définition de la valeur et d'autre part un processus d'identification de nouvelles compétences.

La cible du processus d'innovation, objectif affiché de toute recherche est donc caractérisée par cinq éléments :

– Un champ d'innovation, i. e. un domaine où on veut exercer un travail de conception innovante ;

– Un fractionnement en thème d'innovations (notion de divergence organisationnelle[18]) ;

– L'imprécision de l'horizon de management d'un champ d'innovation ;

– La réutilisation des connaissances produites en excès ;

– La formulation ou l'adaptation de stratégies de conception.

Les trois terrains que nous avons choisis d'explorer remplissent chacun ces conditions. L'agrégation des enseignements issus de ces trois cas s'intègre donc dans une démarche d'innovation qui pose nécessairement la question de la conduite du changement.

5.2.2.3 L'idée du changement

Le thème du changement dans les organisations a fait l'objet d'une littérature abondante dont nous pouvons retenir de manière synthétique quatre grandes approches.

– La première approche positionne le changement en tant que démarche volontariste et planifiée, il dépend donc d'une action délibérée de certains acteurs et le processus de changement repose sur la définition et la planification des différentes étapes obligatoires ;

[18] Les auteurs parlent de divergence organisationnelle lorsque le responsable d'un champ d'innovation fractionne son champ en plusieurs démarches concurrentielles et indépendantes (ou interdépendantes), appelé « thèmes d'innovation », au lieu de baser sa gestion sur la convergence des objectifs et des délais.

– La deuxième approche repose sur le choix de routines organisationnelles ; plus précisément, l'action managériale consiste à éliminer les routines inefficaces et à sélectionner les plus efficaces, voire à en créer de nouvelles par imitation ou expérimentation ;

– La troisième approche considère le changement comme une alternance d'évolutions et de crises ;

– Enfin une quatrième approche définit le changement comme une évolution chaotique dans le contexte de systèmes complexes possédant leur propre ensemble de liens de causalité. De ce fait, les interactions rendent le système aléatoire, et ce type d'approche privilégie le caractère imprévisible et incertain de l'organisation tout en minimisant la volonté des acteurs.

Quelle que soit l'approche retenue, dès lors que la recherche porte sur des démarches de changement, elle doit remplir deux conditions :

– La recherche doit être conduite sur une longue période et menée en profondeur en vue d'étudier les comportements et les acteurs

– La recherche doit s'attacher à identifier et analyser les écarts entre le discours et les comportements effectifs.

Le passage du stade de l'outil à l'instrument tel que nous l'avons défini précédemment illustre bien, pour chacun des terrains, la difficulté à mettre en œuvre ce type de recherches et justifie donc le recours aux démarches de type recherche-intervention.

Conclusion du chapitre 5

Ce chapitre introductif de cette deuxième partie nous donne une grille d'analyse en vue d'apporter quelques pistes de réflexion quant au double mouvement évoqué précédemment, celui d'une complexification des outils de gestion dans un contexte d'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Ce dernier n'a pour l'heure trouvé que peu de réponses en termes d'outils de gestion et donc encore moins d'instrumentation. Ainsi l'évolution de l'hôpital, objet sur lequel porte notre étude du contrôle de gestion nous invite à raisonner de manière progressive en abordant différents niveaux de l'organisation.

En supposant qu'on raisonne d'abord sur l'organisation, la première étape du raisonnement repose sur le travail de modélisation qui peut être résumé autour de deux objectifs, l'identification des parties-prenantes d'une part et la scénarisation d'autre part. Une fois les différentes parties-prenantes internes identifiées, l'enjeu réside dans l'identification des techniques utilisées par les équipes projet et les managers pour inciter ses acteurs à échanger sur leurs attentes, puis les intégrer dans leurs travaux.

C'est ici qu'interviennent les outils de gestion quelle que soit la forme qu'ils prennent, des plus simples aux plus sophistiqués, qu'ils soient issus du contrôle de gestion traditionnel tel qu'il apparaît dans la sphère privée industrielle ou créés par les acteurs hospitaliers pour répondre aux contraintes qui leurs sont spécifiques. Pour chacun des niveaux de l'organisation étudiée, il est possible de caractériser le type d'outil de gestion que nous proposons d'associer en fonction des typologies présentées auparavant mais aussi la place faite au travail de modélisation. L'enjeu réside alors dans l'association d'un couple Modèle / Outil pour chaque terrain, sachant que plusieurs associations sont possibles selon que le modèle ou l'outil est prédominant. Nous raisonnons jusqu'ici indépendamment de l'usage qui peut être fait de ces outils donc de l'instrument qui en découle que nous qualifierions à l'issue de notre discussion des travaux effectués et résultats obtenus. Au regard de la littérature en contrôle de gestion et des éléments de définitions que nous retenons, les terrains de recherche peuvent être classés en fonction de différents critères, qu'il s'agisse de la distance par rapport aux outils traditionnels du contrôle de gestion, de la place plus ou moins importante accordée soit au modèle soit à l'outil, ou encore de la finalité des outils de gestion.

Pour autant, nous l'avons dit, ces outils ne seront véritablement utiles que s'ils sont appropriés par les acteurs ; l'implémentation de l'outil est la dernière brique nécessaire à la réussite du

contrôle de gestion. Nous soulevons ici la question du passage à l'instrument ; celle-ci semble plus difficile pour différentes raisons que nous avons évoquées et tout particulièrement la démarche multiproblématique sous-jacente à la problématique de la décision dans un contexte de changement. Celle-ci se traduit par un aspect très chronophage des recherches-interventions mais aussi une forte contextualisation des résultats qui invite à être attentif avant d'en tirer des généralisations de conceptions. L'implémentation de l'outil est donc le dernier maillon nécessaire à la réussite du contrôle de gestion.

A l'issue de ce chapitre nous proposons une première formalisation du processus de contrôle de gestion autour de trois éléments.

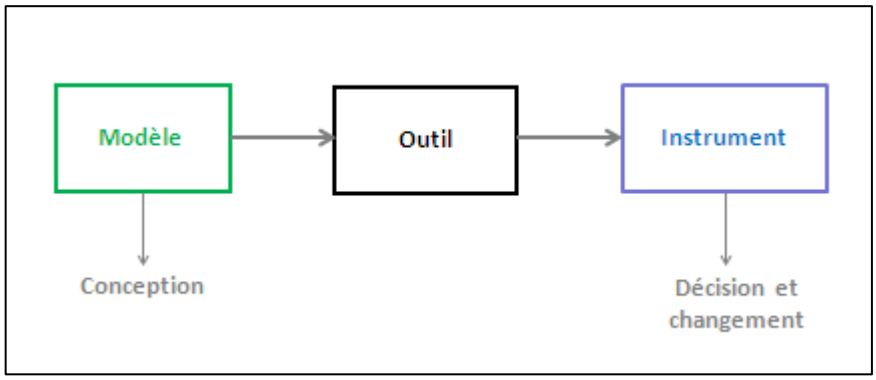


Figure 20 : Modèle, Outil et Instrument

C'est en adoptant cette grille de lecture que nous nous proposons de présenter les méthodes et résultats obtenus dans le cadre des trois terrains de recherche expérimentés. L'ensemble de ces éléments est restitué dans le cadre que nous avons retenus articulé autour de la conception du modèle, le passage à l'outil et son implémentation parfois incomplète, nous discuterons dans tous les cas du niveau d'instrumentation réalisé ou anticipé en lien avec le degré d'appropriation de l'outil en tant qu'instrument par les acteurs. Nous situons donc notre réflexion dans la deuxième phase de l'abduction en adoptant une démarche inductive pour chacun des terrains expérimentés qui permet, à partir du cas, de faire un retour et une analyse des cadres théoriques et conceptuels proposés par la littérature en management.

Chapitre 6. L'hôpital comme premier terrain de recherche : proposition d'un outil de simulation économique

6.1 Tentative de construction d'un outil de pilotage prospectif de l'activité d'un hôpital 207

6.1.1 Modéliser l'hôpital : quelles méthodes adopter ? 207

6.1.1.1 Le modèle en tant que description simplifiée..... 208

6.1.1.2 Le choix des variables : la nécessaire distinction entre indicateur et cible 211

6.1.2 Utilisation du modèle à des fins de simulation 212

6.1.2.1 L'implémentation de l'outil en lien avec la stratégie comme point de départ du processus de simulation..... 212

6.1.2.2 Evaluation des résultats et décision..... 213

6.1.2.3 Qu'est-ce qu'une « bonne décision » ?..... 216

6.2 Apports de la simulation à la conception et l'utilisation des outils de gestion à l'hôpital 218

6.2.1 Le modèle en gestion : quelles spécificités ? 218

6.2.1.1 L'impossible construction d'un modèle « pur » en sciences de gestion... 219

6.2.1.2 Choix et positionnements des indicateurs dans une problématique de décision : la difficulté de la prise en compte de l'aléatoire 223

6.2.2 Impact sur l'action collective..... 226

6.2.2.1 Du modèle à l'instrument : doit-on dissocier conception et usage des outils de gestion ?226

6.2.2.2 Planification budgétaire ou prospective stratégique..... 228

Conclusion du chapitre 6 230

Le diagnostic que nous avons dressé de la fonction contrôle de gestion part d'un constat. Celui de l'échec des outils classiques issus de la comptabilité analytique hospitalière à visée essentiellement budgétaire mais dont l'impact reste faible sur les organisations. Ceci semble d'ailleurs contribuer au cloisonnement entre gestionnaires et personnels médicaux et soignants, ces derniers se sentant peu concernés par ces aspects. Notre recherche vise donc dans un premier temps à rapprocher ces acteurs au sein de l'hôpital, et avancer dans la modélisation d'un contrôle de gestion purement hospitalier. Le processus de conception innovante qui en découle suppose donc de dépasser la seule vision budgétaire des outils de gestion au profit d'une logique plus dynamique prenant en compte les dynamiques organisationnelles. C'est l'objet de ce premier terrain de recherche.

En effet, l'hôpital reste un acteur incontournable dans la prise en charge des patients. A titre d'illustration, il est souvent le point de départ du processus de prise en charge, notamment pour des patients atteints de cancer et dont le traitement commence par une intervention chirurgicale puis des phases de chimiothérapie et radiothérapie, ces dernières restant souvent hospitalières même si les modalités ont évolué ces dernières années avec le développement des hospitalisation de jours ou de l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Avant d'entrer dans une réflexion partant de la déstabilisation de l'objet sur lequel porte notre étude du contrôle de gestion, l'hôpital, il nous semble donc légitime de dépasser l'analyse positive et de mettre en œuvre une démarche plus normative. Pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse aux écueils précédemment cités, la solution consiste à introduire un ou plusieurs éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause le contrôle de gestion tel qu'il existe aujourd'hui à l'hôpital. Nous avons choisi de mener notre raisonnement en adoptant deux points de vue complémentaires afin de progresser dans l'une des problématiques de recherche associées au cas de l'hôpital, celle de l'amélioration et de la pertinence du processus de décision et de management en interne. Ces deux éléments relèvent de l'horizon temporel d'une part, du périmètre de l'hôpital d'autre part. Nous présentons donc les modalités de construction d'un outil de type prospectif qui vise à analyser des scénarii de gestion concernant l'ensemble de l'établissement dans une logique macroéconomique. Dit autrement, notre ambition est de dépasser l'approche traditionnelle du contrôle de gestion tournée vers la seule explication du passé, vision encore largement dominante dans les établissements hospitaliers, au profit d'une démarche de type prospectif en lien avec les problématiques stratégiques. Elle passe aussi par la mise en œuvre d'un véritable outil de pilotage médico-économique, support au dialogue de gestion, en vue de

tester des scénarii de gestion en amont de la décision ; un tel outil doit donc permettre de répondre à la question « Qu'est-ce qui se passe si… ? »

Dans un premier temps, l'enjeu réside dans la construction d'un modèle d'ensemble de l'hôpital à des fins de simulation. Seule une méthode de type de recherche-intervention nous semble susceptible de permettre cette analyse. Elle a pour intérêt de faciliter la compréhension de notre démarche à un public de non spécialistes du contrôle de gestion pour montrer justement l'intérêt d'une analyse de gestionnaire et réduire la fracture communicationnelle entre ces deux mondes. Nous tenons ainsi à souligner l'intérêt porté par bon nombre de professionnels médicaux pour ces réflexions et qui se trouvent parfois dépourvus d'analyse ou perdus face aux nombreuses expérimentations menées sans véritable retour d'expérience et la nécessaire capitalisation qui devrait l'accompagner. Ainsi, à partir de cette recherche-intervention, et l'analyse des différentes étapes, de la construction du modèle à celle de l'outil, nous souhaitons poser un certain nombre de questions simples, par exemple, quelle place du corps médical dans l'élaboration de l'outil ? Il est dès lors possible de faire un lien avec l'utilisation de l'outil et la réalité du pilotage médico-économique dans les hôpitaux.

Au final, la réponse à cette question passe, selon nous, par l'exploration de deux débats.

- La méthode d'une part ; doit-on (peut-on) construire un modèle d'ensemble de l'hôpital basé sur des hypothèses qui bien que simplifiées permettent l'obtention d'un consensus entre l'ensemble des acteurs hospitaliers et de ne pas accroître la distance entre gestionnaires et acteurs terrains ?
- L'objectif d'autre part ; quelle finalité pour le contrôle de gestion intrahospitalier ? Comment dépasser la question de l'allocation des ressources à partir d'outils de comptabilité analytique qui analysent les coûts de manière rétrospective au profit d'une logique de pilotage de la performance qui implique de raisonner en terme de prospective stratégique ?

A travers ce double questionnement de forme et de fond, cette réflexion doit donc déboucher sur un certain nombre de questions quant au métier de contrôleur de gestion.

Le plan adopté part de la description du cas étudié qu'est celui de la construction d'un outil de simulation permettant de mesurer l'impact d'une stratégie médicale sur l'activité, l'occupation de la structure et le résultat économique (6.1). Pour autant, notre position de chercheur nous amène à nous interroger quant à la pertinence du cadre théorique et conceptuel proposé par la littérature en management autour de la question de l'apport d'une démarche prospective à

la gestion hospitalière ; la question posée est celle des avantages obtenus au regard des difficultés posées par la modélisation, qu'elles soient de nature technique ou plus conceptuelle à travers l'appropriation de l'outil et l'utilisation qui en est faite par les acteurs en vue de la transformation de l'organisation de santé étudiée que constitue l'hôpital (6.2).

6.1 Tentative de construction d'un outil de pilotage prospectif de l'activité d'un hôpital

L'étude du pilotage d'une situation de changement telle que l'introduction d'une innovation radicale dans un système doit être vue comme une aide pour l'organisation en vue de converger vers un nouvel équilibre. Les travaux de Baldwin et Clark sont un exemple de démarche de pilotage des systèmes complexes par la modularité : la décomposition du système global en sous-systèmes modulables facilite l'innovation en limitant l'impact de la déstabilisation à un seul sous-système (Baldwin et Clark, 1997). C'est cette approche que nous avons retenue pour mener notre modélisation de l'hôpital.

L'utilisation du modèle à des fins de simulation légitime alors le recours à une méthode de recherche-intervention ; il s'agit d'intervenir directement dans l'organisation pour construire un modèle utilisable pour le manager confronté à la problématique de la décision stratégique. Nous proposons donc un outil qui permet de réinterroger le modèle et incite au sein de ce processus itératif à articuler de nouveaux savoirs et relations essentiellement au sein de la dialectique entre gestionnaires et acteurs terrains qu'ils soient médecins, soignants ou médico-techniques. C'est le couple Modélisation / Simulation qui nous semble pouvoir contribuer à l'amélioration du processus contrôle de gestion lequel suppose d'aborder la question de l'allocation des ressources mais aussi des relations entre acteurs, probablement plus difficile à intégrer à un modèle.

6.1.1 Modéliser l'hôpital : quelles méthodes adopter ?

L'approche budgétaire et comptable est trop fruste pour permettre une description suffisamment fine du fonctionnement d'un système. A l'inverse, d'autres démarches telles que la gestion de production se veulent trop fines et rendent l'analyse et la synthèse des

informations disponibles difficiles. Tout l'enjeu réside dans l'arbitrage nécessaire pour simplifier la description sans perdre trop d'informations.

6.1.1.1 Le modèle en tant que description simplifiée

La première étape de ce travail consiste en une description simplifiée mais suffisante du système qui implique une définition des produits ou de l'activité, des processus qui permettent l'obtention de cette activité, des ressources utilisées, de la demande que le système doit satisfaire et des règles de gestion. Tout l'enjeu de la modélisation repose sur une définition la plus générique possible afin de pouvoir la transcrire en un outil utilisable par une majorité d'acteurs devant répondre à des problématiques différentes. La liste de l'activité étudiée n'a donc pas besoin, pour la simulation, d'être aussi détaillée que la réalité. Des regroupements sont possibles si les séquences d'opérations sont semblables et les ressources mobilisées homogènes.

Aussi, tout travail de modélisation repose sur un certain nombre de choix méthodologiques qui dépendent de l'utilisation attendue du modèle. Si l'objectif consiste à tester des scénarii de gestion en amont de la décision l'outil doit permettre de répondre à la question « Qu'est-ce qui se passe si… ? ». Au sein d'un établissement, la réponse à cette question passe par la mise en évidence des goulets d'étranglement ce qui implique de construire un modèle d'ensemble de l'hôpital et donc de raisonner au niveau macroéconomique.

Plus précisément, c'est la confrontation entre une demande, c'est-à-dire une consommation d'unités d'œuvre issue de la stratégie médicale visée, et une offre, qui correspond à la capacité de production de l'hôpital, qui permet de mesurer l'occupation de la structure et de mettre en évidence une éventuelle saturation des ressources.

Nous retenons les principes de modélisation proposés par Giard (1996) classés en trois catégories.

- Une description simplifiée des ressources ;
- Une description simplifiée de la demande ;
- Une description simplifiée des règles de gestion ;

i. La description simplifiée des ressources humaines et équipements implique des regroupements. L'objectif consiste à identifier des zones cliniques et y associer des équipes médicales ainsi que les plateaux techniques qui définissent la structure de l'établissement.

Nous retenons une définition organisationnelle et donc originale des zones cliniques qui n'est pas nécessairement celle des pôles au sens de la Nouvelle Gouvernance ; elle implique des regroupements qui se basent sur un principe de substituabilité suffisantes des ressources appartenant à un même groupe. On distinguera donc :

- Des équipes médicales non interchangeables d'une discipline à l'autre ;
- Une équipe soignante mutualisée entre les différentes équipes

Des types d'hospitalisation différents (hospitalisation complète / hospitalisation de jour) ou des lieux d'hébergement distincts peuvent conduire à séparer deux zones traitant une ou plusieurs pathologies identiques. On distinguera ainsi une zone clinique « Chirurgie » et une zone clinique « Hôpital de jour de chirurgie ». En termes de ressources humaines, une même équipe médicale peut intervenir dans deux zones différentes en cas de types d'hospitalisation différents ; l'équipe de chirurgiens digestifs réalise des interventions pour des patients hospitalisés en Chirurgie et / ou à l'hôpital de jour de chirurgie. A l'inverse, au sein d'une zone clinique donnée, l'équipe soignante peut prendre en charge des patients de profils différents

En termes d'équipements, le modèle retient onze plateaux techniques : Bloc, Réanimation, Imagerie, Laboratoires, Explorations fonctionnelles, Urgences, Consultations, Dialyse, Radiothérapie, Pharmacie, Stérilisation. Pour chacun d'entre eux, la distinction peut porter sur différents types et ou lieux. Par exemple, en fonction du lieu de prise en charge on distinguera bloc central et bloc de jour mais aussi soins intensifs de chirurgie, soins intensifs de médecine et soins intensifs de pédiatrie.

ii. La demande doit être décrite sur la base d'une nomenclature agrégée qui devra être couplée avec le découpage organisationnel préalablement modélisé.

L'enjeu consiste à construire un regroupement de GHM, qualifiés de « MétaGHM » et considérés comme un niveau de mesure de l'activité pertinent pour une décision stratégique à l'échelle de l'établissement.

Pour autant, la définition de MétaGHM pertinents implique le respect d'un certain nombre de critères en vue d'aboutir à une nomenclature propre à chaque établissement et qui tienne compte de :

– L’organisation de l’établissement (localisation des services cliniques, affectation des équipes médicales…) ;
– Les orientations stratégiques médicales poursuivies et dont on souhaite mesurer l’impact ;
– L’homogénéité en termes de consommation des plateaux techniques et de tarifs ;

Ce travail de balayage des GHM en vue de l’affectation à un métaGHM est aussi l’occasion de relier un GHM à un type d’hospitalisation (Hospitalisation complète, Hospitalisation de jour de chirurgie, Hospitalisation de jour de médecine). Cette distinction est nécessaire pour évaluer l’occupation des lits par zone clinique dont le jour d’ouverture ainsi que le nombre de patients par jour et par lit dépend du type d’hospitalisation.

A titre d’exemples, plusieurs distinctions peuvent être opérées :

– Distinction des prises en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire : MétaGHM « Interventions sur l’œil » / MétaGHM « Interventions sur l’œil Ambulatoire »
– Distinction des préparations et des séances de radiothérapie, dont le tarif est sensiblement différent : MétaGHM « Préparations de radiothérapie » / MétaGHM « Séances de radiothérapie »
– Distinction de métaGHM pour des raisons de cohérence stratégique : MétaGHM « Interventions sur le sein en ambulatoire » / MétaGHM « Mammectomie et reconstruction »

Sur cette base, la demande doit être déclinée sur la base du découpage organisationnel préalablement établi. Pour chaque zone clinique, il s’agit d’associer à chaque métaGHM une équipe médicale et le type de plateaux techniques auxquels au sein desquels les patients sont pris en charge

Dit autrement, la démarche retenue est liée à la problématique des filières de soins ; autrement dit il s’agit de déterminer :

– L’équipe médicale qui prend en charge majoritairement les patients pris en charge au sein du pôle pour chaque métaGHM ;
– Les types de plateaux techniques vers lesquels ces patients sont orientés.

Par exemple, si le paramétrage de la structure a conduit à retenir deux types de bloc (Bloc central et Bloc jour), les patients pris en charge au sein de la zone clinique Chirurgie seront orientés vers le bloc central alors que ceux de la zone clinique Hôpital de jour de Chirurgie seront orientés vers le bloc dédié Bloc jour.

iii. Les principales règles de gestion doivent faire l’objet d’une description suffisante qui amène à distinguer règles essentielles et des règles accessoires. L’objectif reste la mise

en évidence du processus de production sur lequel s'appuieront nécessairement le processus de décision et les actions qui en découleront.

6.1.1.2 Le choix des variables : la nécessaire distinction entre indicateur et cible

Cette confrontation entre offre et demande suggère alors l'idée selon laquelle le travail de modélisation repose sur l'établissement de relations de dépendances entre variables et nous amène à distinguer plusieurs types de variables :

- Des variables exogènes, qui ne dépendent d'aucune autre variable, sont explicatives et dont la valeur est tirée de l'observation ou d'une hypothèse ;
- Des variables endogènes, qui dépendent d'autres variables, sont calculées et dont la valeur est définie par le modèle.

Parmi ces grandes catégories de variables, certaines ont un statut très particulier qu'il convient de souligner ; on distingue ainsi des variables exogènes pures sur lesquelles le décideur n'a aucune marge de manœuvre (les tarifs GHS par exemple) et des variables exogènes instrumentales sur lesquelles le décideur peut agir directement (fermetures de lits…) ou indirectement en fixant des objectifs (réduction de DMS, incitation à des efforts de productivité…). Ainsi, une telle typologie des variables donne du sens à la notion de « scénario de gestion » telle que définie par Michel Godet (2004): « Ensemble formé par la description d'une situation future et du cheminement des événements qui permettent de passer de la situation origine à la situation future ». Il s'agit, en effet, de modifier certaines variables exogènes instrumentales et de mesurer l'impact sur les variables endogènes.

Ceci nous amène alors à penser qu'il n'existe pas un modèle pur de l'hôpital en tant que système d'équations dont la résolution fournirait une solution unique, un optimum.

De ce travail de modélisation doit résulter la construction d'un outil opérationnel pour le décideur qui agit dans un contexte donné, qu'il s'agisse du territoire de santé, de la situation financière de l'établissement ou encore de l'implication des acteurs. De ce contexte dépend le potentiel d'évolution de l'activité et la stratégie médicale qu'il est possible de mettre en œuvre ; autrement dit, le passage du modèle à l'outil, c'est-à-dire l'utilisation du modèle à des fins de simulation implique d'associer une certaine vue au modèle.

6.1.2 Utilisation du modèle à des fins de simulation

Le processus de décision repose sur une démarche en trois temps qui part du choix d'une orientation stratégique à explorer et suppose d'implémenter l'outil en conséquence. A partir des résultats obtenus, nous discutons alors la pertinence d'un tel outil pour l'aide à la décision, rôle que nous donnons ici au contrôle de gestion.

6.1.2.1 L'implémentation de l'outil en lien avec la stratégie comme point de départ du processus de simulation

La possibilité offerte au décideur de « jouer » et d'interagir avec le modèle nécessite au préalable une phase d'adaptation à l'établissement qui vise à initialiser l'outil ; c'est avec ce travail d'adaptation que débute le dialogue lequel doit contribuer à l'appropriation par les acteurs de l'outil. Il porte en premier lieu sur l'organisation de l'établissement et doit aboutir au découpage de la structure en zones cliniques, au recensement des plateaux techniques et à la traduction de l'activité en métaGHM. Le travail de conception de l'outil se poursuit alors avec la définition du statut des variables qui amène à retenir un sens d'utilisation du modèle qui dépend de l'orientation stratégique visée et confirme l'interaction existante entre l'outil et l'organisation. A titre d'exemple, un établissement faisant l'objet d'un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) privilégiera des gains de productivité (variable exogène instrumentale) pour apprécier les possibilités de réduction des ressources à niveau d'activité donné ; à l'inverse un établissement dont le personnel est déjà saturé mais pouvant développer son activité privilégiera le recrutement d'un chirurgien (variable exogène instrumentale) auquel sera associé un niveau d'activité prévisionnel.

Le processus se déroule en quatre étapes et doit être vu comme le cheminement d'un état existant vers un état futur souhaité. Autrement dit, il s'agit de passer d'une situation initiale qui est l'expression de la routine vers une situation attendue qui est l'expression d'un choix. Le modèle étant conçu selon une approche macroéconomique, l'output final correspond à la construction d'un Compte de Résultat Analytique (CREA) marginal issu de la stratégie médicale déclinée par pôle clinique.

	INPUT	OUTPUT
Etape 1	Variation d'activité attendue	Traduction en métaGHM
Etape 2	Calcul des consommations de ressources	Mise en évidence des goulets d'étranglement
Etape 3	Le dialogue de gestion	Les choix retenus
Etape 4	Calcul des coûts et des recettes	Le CREA marginal

Figure 21 : Le processus de simulation

6.1.2.2 Evaluation des résultats et décision

L'exemple que nous présentons s'appuie sur le cas réel d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de la région parisienne. La phase d'adaptation a abouti à la construction du modèle de l'hôpital organisé autour de huit pôles cliniques, au sein desquels sont représentées quatorze disciplines médicales, et huit plateaux techniques ; l'activité de l'hôpital est centrée sur 374 GHM regroupés en trente-cinq métaGHM. Quel usage peut-on attendre de l'outil ainsi paramétré ? L'objectif consiste, rappelons-le, à mesurer l'impact sur l'occupation de la structure et le résultat économique d'une stratégie médicale.

La stratégie étudiée constitue le point de départ du scénario de gestion testé ; l'exemple que nous proposons s'appuie sur une orientation stratégique définie en amont par la direction générale qui consiste à accroître l'activité de chirurgie digestive. Or, cette stratégie, que nous qualifions de primaire, doit être combinée à une deuxième stratégie qui permet à la première d'exister. Cette seconde stratégie consiste à libérer de la place en hospitalisation complète afin de permettre la prise en charge des patients de chirurgie digestive ; le choix envisagé consiste alors à transférer des tumorectomies du sein, avec ou sans ganglion sentinelle, sans curage axillaire, hors reconstruction, de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour. Enfin, le scénario doit intégrer l'ensemble des conséquences liées au nouveau recrutement en chirurgie digestive ; autrement dit, il s'agit de prendre en compte les prises en charge complémentaires associées au parcours patient qu'il s'agisse de la pose de chambres implantables, de la réalisation d'endoscopies digestives, de séances de chimiothérapie et de traitements de radiothérapie (préparations et séances). Ce choix stratégique, impulsé par la direction de l'hôpital s'explique par plusieurs raisons ; il répond à une problématique actuelle qui vise à développer les traitements ambulatoires, en l'occurrence proposer des durées de

séjour plus courtes aux patientes de sénologie pour réserver l'hospitalisation complète aux prises en charges les plus lourdes. De manière plus générale, il permet à l'hôpital de diversifier son activité, jusqu'ici très concentrée sur la sénologie et ainsi maintenir une certaine attractivité des oncologues. Une fois cette décision stratégique posée, il convient de la traduire dans l'outil.

i. Etape 1 : variation d'activité attendue et métaGHM impactés

Cette première étape est l'occasion d'un premier temps de dialogue de gestion avec les médecins et le DIM afin d'identifier les zones d'hospitalisation impactées, les métaGHM concernés et les effectifs supplémentaires visés.

Services impactés	MétaGHM	Nb de séjours
Chirurgie Hospitalisation complète	**MétaGHM 15 - Interventions sur l'appareil digestif** **MétaGHM 16 – Tumorectomies du sein et et biopsies**	**+ 200 séjours** **- 660 séjours**
Hospitalisation ambulatoire chirurgie	**MétaGHM 8 - Endoscopies digestives** **MétaGHM 20 - Poses de cathéter** **MétaGHM 162 - Interventions sur le sein en ambulatoire**	**+ 250 séjours** **+ 100 séjours** **+ 660 séjours**
Hôpital de jour de médecine adulte	**MétaGHM 22 - Séances de chimiothérapie**	**+ 1 500 séjours**
Plateau technique de Radiothérapie	**MétaGHM 21 - Préparations de radiothérapie** **MétaGHM 23 - Séances de radiothérapie**	**+ 40 séjours** **+ 1 000 séjours**

Figure 22 : Traduction de la stratégie en conséquences médicales

ii. Etape 2 : calcul des consommations de ressources et mise en évidence des goulets d'étranglement

Au cours de cette deuxième étape, l'outil calcule automatiquement dans chaque zone d'hospitalisation et pour chaque métaGHM la consommation des ressources qu'il s'agisse des ressources physiques, humaines ou médicamenteuses et par comparaison avec la capacité d'accueil met en évidence un éventuel goulet d'étranglement.

Pôle1 — Chirurgie (hors SC)

Initialiser | Calcul MétaGHM 1à 25 | Calcul MétaGHM 26 à 50 | Calcul SAS

SAS médecin	séno	gynéco	ORL	digestif	ophtalmo	0	0	0	0	0
ETP médecins	7,0	1,5	3,8	2,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nombre de séjours N-1	2 729	284	820	332	172	0	0	0	0	0
Séjours par médecin	390	189	215	126	172	0	0	0	0	0
Productivité si DMS cible	390	189	215	126	172	0	0	0	0	0
Séjours par médecin cible	390	189	215	150	172	0	0	0	0	0
ETP résiduels disponibles	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,4**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Besoin	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-0,9**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Excédent	**1,7**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

SAS PNM	IDE	AS	pers nuit	Autre pers
ETP	31,0	12,7	18,7	20,9
Nombre de journées N-1	21 524	21 524	21 524	21 524
Charge en malades par ETP présent	7,6	10,5	6,3	3,2
Charge en malades par ETP présent cl	7,6	10,5	6,3	3,2
Journées de travail disponibles				
ETP payés résiduels disponibles	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Besoin	**-1,0**	**-0,4**	**-0,6**	**-0,6**
Excédent	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Journées	HC	HdJ med	HdJ chir
Nb lits/places	81		
séjours/J	1	3	2
Nb de J N-1	21524		0
J d'ouverture	365	312	260
Taux d'occ	**73%**	**0%**	**0%**
J dispos	**8 041**	**0**	**0**
Reste	**7 374**	**0**	**0**
occupation	**75%**		
Lits supp? note			
Nelle occ			

Figure 23 : Calcul d'impact sur les équipes et équipements

Sans gain de productivité, la stratégie médicale libère près de 2 ETP médecins de l'équipe de sénologie mais doit s'accompagner du recrutement d'un ETP chirurgien digestif et d'un ETP infirmière. Le taux d'occupation des lits reste stable autour de 73% - 75%, la libération des lits réservés aux tumorectomies étant compensée par l'occupation des lits par des patients digestifs. Enfin, la durée moyenne de passage en réanimation étant de 4,2 journées pour les patients de chirurgie digestive, la stratégie génère une activité supplémentaire de 844 journées en soins intensifs de chirurgie ; ce service étant initialement proche de la saturation, il offre un potentiel résiduel 124 journées, niveau insuffisant pour couvrir les 844 journées supplémentaires liées à la prise en charge du nouveau recrutement en chirurgie.

iii. Etape 3 : dialogue de gestion et choix retenus

L'outil peut alors être utilisé de manière itérative pour tester différentes options stratégiques qu'il s'agisse de l'incitation à des efforts de productivité, d'une réduction de l'activité, d'un investissement pour accroître la capacité d'accueil.

C'est ce dernier exemple que nous illustrons, à travers le choix d'ouvrir deux lits de réanimation supplémentaires.

OCCUPATION	SI chir	SI DOM	SI pédiatrie
Nb lits	7	3	3
Nb de J N-1	2 431	776	684
J d'ouverture	365	365	365
occ initiale	**95%**	**71%**	**62%**
J dispos	**124**	**319**	**411**
Reste	**-721**	**319**	**411**
occ après stratégie	**128%**	**71%**	**62%**
Inv ? (nombre de lits supp)	2		
occ après inv	**100%**	**0%**	**0%**

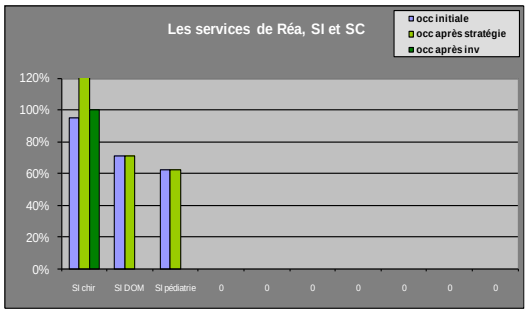


Figure 24 : Impact de la stratégie médicale sur l'occupation de la réanimation

La stratégie jouée fait apparaître un taux d'occupation de la structure de 128 % illustrant le goulet d'étranglement. La réalisation de travaux en réanimation en vue de l'ouverture des 2 lits supplémentaires permet alors un retour du taux d'occupation à un niveau réaliste proche du niveau observé initialement.

iv. Etape 4 : Calcul des coûts et recettes et construction d'un CREA marginal

Une fois le choix retenu, la dernière étape consiste à traduire en termes économiques l'ensemble des impacts tant au niveau des charges que des recettes. La stratégie médicale ainsi analysée génère un résultat global positif (850 743€). Pour autant, il est négatif en hospitalisation complète de chirurgie (-465 830€), les pertes de recettes liées au transfert des tumorectomies n'étant pas compensées par celles liées à l'activité digestive supplémentaire. Finalement, le résultat positif s'explique en partie par les bénéfices réalisés à l'hôpital de jour de médecine adulte (406 197€) et au plateau technique de radiothérapie (227 058€) liés aux prises en charge complémentaires associées au parcours patient de chirurgie digestive, essentiellement les séances de chimiothérapie et de radiothérapie ; autrement dit, une même stratégie simulée pour des patients effectuant leurs séances de chimiothérapie et de radiothérapie en dehors de l'hôpital pourrait se révéler non rentable.

6.1.2.3 Qu'est-ce qu'une « bonne décision » ?

L'outil de gestion ainsi conçu et utilisé se veut être un outil d'aide à la décision ; il permet en effet d'évaluer ex-ante différentes orientations stratégiques avant d'effectuer un choix, qui constitue donc la décision retenue.

Or, une décision raisonnée doit s'appuyer au préalable sur une évaluation du risque économique en cas de non atteinte du niveau d'activité cible. En effet, en cas de goulet d'étranglement mis en évidence par l'outil, le dialogue de gestion peut aboutir à une décision

d'investissement afin d'accroître la capacité d'accueil (acquisition d'un nouvel équipement, recrutement d'un chirurgien ou d'une infirmière par exemple). De telles décisions engagent l'établissement dans le long terme compte-tenu du caractère peu flexible de ces ressources et les coûts devront donc être supportés sur plusieurs années. L'intérêt d'un outil résulte alors dans la possibilité d'effectuer plusieurs itérations de scénarios, dits « pessimistes » qui tiendraient compte de l'investissement prévu mais sur la base d'une variation d'activité à la baisse. L'outil apparaît alors comme un outil d'aide à la décision qui vise à fournir au décideur toutes les informations nécessaires pour fonder sa décision.

La notion de risque et donc de pertinence de la décision est également à apprécier à l'échelle de l'établissement. En effet, si individuellement chacun des acteurs ou groupe d'acteurs est soucieux de développer son activité, un tel raisonnement et donc des prévisions d'augmentation des recettes par l'activité, bien que conforment à la logique de la T2A comporte des risques. Un nombre significatif de projets d'établissement ou de plans de retour à l'équilibre financier (PREF) ont parié sur le développement de l'activité de l'hôpital concerné. Ce parti pris est sans doute plus facile à adopter qu'un programme de réduction des coûts. Mais sa généralité pose plusieurs problèmes à commencer par un risque de saturation des équipements et donc une désorganisation. De plus, il suppose une demande globale de soins hospitaliers plus extensible qu'elle ne l'est sans doute ou bien il néglige la réalité concurrentielle. Enfin il semble faire peu de cas du mode de construction de l'ONDAM, qui raisonne à l'échelle du système de santé dans son ensemble et tend à compenser par une baisse des tarifs l'impact d'une augmentation nationale des volumes. Aussi, avec le recul, le constat le plus fréquent est que les prévisions d'extension de l'activité n'ont pas été réalisées. Pour autant, même lorsque l'activité baisse, il est inévitable que les charges ne suivent pas immédiatement, et la notion de risque économique telle que précédemment décrite se trouve confirmée.

Tout l'intérêt d'une simulation, bien que basée sur une description simplifiée, réside dans l'anticipation de l'action et l'arbitrage entre des scénarii certes intéressants individuellement mais qui doivent être agrégés pour permettre une décision globale pertinente.

Au final, l'ensemble du processus de décision doit être l'occasion d'un échange dans la conception d'un modèle hôpital puis dans l'utilisation de l'outil en vue d'éclairer les choix stratégiques. Ce dialogue s'organise alors entre la direction générale qui propose une orientation stratégique, les équipes terrains qui disposent de l'expertise médicale et

organisationnelle pour traduire la stratégie en conséquences médicales et les gestionnaires qui évaluent sur le plan économique.

A travers cette recherche-intervention, c'est la question de l'apport d'une démarche de type prospectif que nous souhaitons aborder pour une organisation réputée cloisonnée. L'effort de modélisation, donc de prise en compte des interdépendances entre variables, suffira-t-elle à garantir l'appropriation de l'outil par les acteurs ?

6.2 Apports de la simulation à la conception et l'utilisation des outils de gestion à l'hôpital

A travers notre tentative de modélisation de l'hôpital, l'effort réalisé ne porte pas tant sur le modèle que sur l'outil. Notre recherche met en évidence l'apport d'une démarche simulatoire sur la base d'un modèle par définition simplificateur, à la conception et à l'interprétation d'outils, qui paradoxalement se doivent d'apporter des éléments de réponse à des processus rendus complexes par la distance qui s'opère entre acteurs. Ces premiers éléments nous invitent alors à proposer quelques éléments de distinction des principes de modélisation en gestion puis à raisonner quant à l'apport de cette technique pour mettre en œuvre une dynamique de l'action collective qui repose sur l'appropriation des outils par les acteurs.

6.2.1 Le modèle en gestion : quelles spécificités ?

L'approche que nous avons retenue s'apparente à une démarche scientifique expérimentale tant il est difficile d'appréhender la complexité des problèmes et décisions dans des modèles aussi sophistiqués soient-ils. En cherchant à établir un certain nombre de propriétés au cours de cette expérimentation, outre l'apport sur le terrain pour le décideur hospitalier en lien avec la fonction contrôle de gestion, nous ne visions qu'à alimenter la réflexion des gestionnaires sur l'instrumentation économique possible. Ceci étant, la démarche n'est pas aisément transposable dans des contextes soumis à une forte instabilité des caractéristiques de la demande à satisfaire mais aussi de la culture gestionnaire ; nous ne prétendons donc pas avoir créé un outil parfait mais c'est la construction et l'usage d'un outil imparfait qui nous intéresse tout particulièrement à travers l'exploration et la discussion qu'il rend possible. Cette imperfection de l'outil provient de la spécificité de la modélisation en gestion qui vise une

représentation implicite du réel véhiculée à travers des indicateurs ; elle se distingue ainsi d'autres disciplines bénéficiant de techniques adaptées telles que l'économétrie ou les modèles scientifiques.

6.2.1.1 L'impossible construction d'un modèle « pur » en sciences de gestion

Plusieurs disciplines ont recours à la modélisation à des fins de simulation. Les électroniciens qui testent sur informatique des circuits, les scientifiques (biologistes, démographes, écologistes, météorologues…) qui étudient le réel, les industriels qui modélisent dans leurs ateliers l'impact de nouveaux équipements, les entreprises du tertiaire qui simulent des flux d'informations (le suivi client, le dimensionnement d'une équipe, l'introduction d'un nouveau produit) les chercheurs. L'ensemble de ces acteurs ont pour point commun de s'appuyer sur un modèle. En synthèse, plusieurs finalités peuvent être recensées pour justifier du recours à un modèle. L'ensemble des acteurs qui réalisent un travail de modélisation peuvent, en effet, poursuivre plusieurs objectifs : vérifier une théorie, comprendre les mécanismes du réel, manipuler un exemplaire simplifié d'un système, comprendre les leviers à utiliser sur un système réel.

Parmi les disciplines ayant le plus recouru à la modélisation figurent les sciences économiques et plus particulièrement l'économétrie ; si des différences peuvent être observées avec les sciences de gestion, elle fournit tout de même quelques principes de représentation de l'activité et du fonctionnement d'une organisation.

Le modèle est une construction simplifiée, qui cherche à représenter la réalité économique sous son aspect chiffré. Le modèle est le résultat d'une réflexion théorique appuyée et contrôlée par les mesures statistiques. Le rôle de la théorie consiste ainsi à identifier les variables clés dans les relations économétriques, tandis que le rôle de l'économétrie est de fournir des estimations de ces relations souvent postulées *a priori*. La théorie détermine ainsi la structure générale du modèle en postulant les variables endogènes et exogènes sans que l'économétrie ne vienne mettre en cause la pertinence des schémas théoriques ; ce partage des rôles fut longtemps fructueux, tant l'économétrie s'est développée autour des méthodes d'estimation et d'identification. L'économétrie, en tant qu'application des méthodes statistiques à l'étude des phénomènes économiques fournit ainsi une première définition du modèle à travers une démarche en trois temps (Grelet, Cours d'économétrie) :

– Construire un modèle testable qui soit justifié par la théorie économique et qui puisse être vérifié statistiquement ;

– Estimer les paramètres du modèle ;

– Vérifier que les écarts entre les observations et les résultats théoriques du modèle ne sont pas systématiques.

Certaines études économétriques ont porté sur l'hôpital et plus particulièrement, la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés (Dormont, Milcent, 2011). Ces travaux visent à évaluer l'influence, sur la productivité, des différences d'efficacité, des caractéristiques des patients et des caractéristiques dans la composition de la production. L'activité « multiproduit » de l'hôpital est synthétisée par un produit homogène prenant la forme d'une fonction de production en considérant six facteurs de production, les lits, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les cadres et personnels administratifs et enfin le personnel médico-technique. Sont ensuite considérées des spécifications avec des variables explicatives additionnelles décrivant les caractéristiques des patients (structure par âge et par sexe, sévérité, mode d'entrée et de sortie) et de la production (proportion de séjours dans dix importantes Catégories Majeures de Diagnostic, proportion de séjours ambulatoires c'est-à-dire d'une durée inférieure à 24 heures, degré de spécialisation et proportion de séjours chirurgicaux). Un tel modèle économétrique aboutit, aux résultats suivants : la plus faible productivité des hôpitaux publics est expliquée principalement par des établissements surdimensionnés, les caractéristiques des patients, les caractéristiques de la production, et non par de l'inefficacité (sauf pour les petits hôpitaux).

De tels modèles sont intéressants *a posteriori* pour expliquer, pour autant, ils sont d'une utilité limitée en termes prescriptifs. Par ailleurs, ces modèles ont été progressivement abandonnés pour deux raisons principales qui confirment d'ailleurs la difficulté de les appliquer en sciences de gestion pour analyser et intervenir sur les organisations :

– Le coût de maintenance élevé des modèles économétriques est lié au fait que ces modèles sont en général de grande taille, comprennent un grand nombre d'équations, des banques de données importantes et doivent être remis à jour régulièrement ;

– Les échecs quantitatifs résultent des difficultés à prévoir certains retournements conjoncturels, et concernent le plus souvent le chiffrage hors modèle des variables exogènes.

C’est la question de l’objet support à la modélisation qui est posée et amène à différencier différents types de modèles.

- Les modèles macroéconométriques constituent des outils d’analyse indispensables de la politique économique en évaluant les effets à court et moyen terme et en quantifiant les multiplicateurs dynamiques. Ils servent donc d’outils de prévision du futur ;
- Les modèles scientifiques constituent une classe particulière de modèles. Leur objectif pratique est un gain de connaissance scientifique. Dans la pratique scientifique, on dira qu'il y a modèle si le modèle permet de savoir quelque chose de plus sur l'original.

Sans adopter les méthodes à ces deux disciplines, il nous semble que leur finalité doit être retenue dans notre réflexion quant aux organisations que nous considérons comme objet du modèle en sciences de gestion. En effet, dans ces deux disciplines, le modèle prend souvent la forme d’un ensemble d’expressions mathématiques décrivant formellement certains phénomènes. En ce sens, le modèle, en tant que système fermé d’équations d’expressions formelles, devrait être « exécutable » par un ordinateur. Or, nous souhaitons dépasser cette approche quantitative, chiffrée et mécanique, incompatible avec la prise en compte d’acteurs interdépendants dont les comportements peuvent avoir un effet sur le résultat et se révèlent source d’incertitude quant aux prévisions.

Pour autant, l’une des caractéristiques du modèle scientifique nous semble devoir être conservée en sciences de gestion. En effet, selon Pascal Picq (2009), un modèle scientifique vise à rendre compréhensibles toutes les connaissances disponibles ; pour autant et c'est le plus important en sciences, d’autres recherches sont menées pour tenter de contester le modèle c'est-à-dire le « réfuter ». Le but de la science n'est donc pas de s'obstiner à conserver un modèle, mais de faire avancer les connaissances. En science, les modèles sont des moyens, pas des buts, ce qu'ont du mal à comprendre les « diseurs de vérités ». La notion de vérité n'est finalement pas si importante. On peut dire, certes, qu'un modèle est vrai tant qu'il n'a pas été réfuté. Mais un modèle doit aussi permettre de comprendre, et doit donc rester simple et utile. En ce sens, un modèle n'a souvent qu'un champ d'application réduit, rares sont les modèles qui sont valables partout, tout le temps. La modélisation n’est donc rien d’autre qu’un travail de construction d’un langage pour parler de la réalité que l'on ne connaît pas. Le processus de construction est itératif et essaie de rapprocher en quelque sorte le modèle de son original.

Autres disciplines dont les enseignements peuvent être transposés à la modélisation en sciences de gestions, les sciences sociales apportent elles aussi une alternative aux modèles « stricts » issus de l'économétrie, en travaillant sur des procédures et des descriptions symboliques qui imitent un « vrai » processus cognitif et de « vrais » processus de communication. Le modèle remplit ainsi trois fonctions principales (Stachowiak, 1965) :

- Une fonction de représentation d'originaux naturels ou artificiels dans le cadre d'une approche systémique ;
- Une fonction de réduction en ne retenant que les propriétés de l'original qui sont intéressantes pour la recherche ;
- Une fonction subjectivante, l'interprétation du modèle se faisant par rapport à son but et son usage, il est donc instrumental.

Le cas des sciences de gestion se rapproche de cette démarche en posant la question de l'organisation et se décline en deux éléments d'analyse : le niveau de l'organisation et les relations entre acteurs. L'organisation est ainsi définie comme étant « une combinaison d'activités dont l'agencement doit conduire à certaines spécifications de performance constatées sur un produit ou un service, avec toujours un certain degré d'incertitude » (Moisdon, 1996).

Dans ce contexte, il ne s'agit donc pas uniquement de prédire un niveau futur mais aussi de prendre en compte l'impact sur le réel d'une action humaine. Nous pouvons ainsi classer les modèles en fonction de leur finalité et distinguons :

- Les modèles pour comprendre, qualifiés de modèles de connaissance : ils décrivent la structure, le fonctionnement du système dans un langage naturel ou graphique ;
- Les modèles pour agir, qualifiés de modèle d'action : ils peuvent traduire le modèle de connaissance dans un formalisme mathématique ou dans un langage de programmation permettant l'évaluation des critères de performance retenus.

Du point de vue des sciences de gestion, nous retenons donc qu'il n'existe pas de modèle pur d'une organisation quelle qu'elle soit en tant que système d'équations dont la résolution fournirait une solution unique, un optimum. Devons-nous pour autant renoncer à toute tentative de modélisation de l'organisation ? Au contraire, ces difficultés peuvent être surmontées dès lors qu'on ne s'intéresse pas à l'output final qu'est le modèle, mais le processus itératif de modélisation, de sa version initiale à sa remise en cause par l'utilisation.

Le modèle, sur la base de relations de dépendance entre variables, n'est rien d'autre qu'une simplification qui vise à traduire tout type de scénarii en termes quantitatifs et propose une gamme d'instruments sur lesquels le décideur peut « jouer » et une palette de conséquences attendues. Le choix des indicateurs se révèle donc primordial dans cette démarche.

6.2.1.2 Choix et positionnements des indicateurs dans une problématique de décision : la difficulté de la prise en compte de l'aléatoire

Bien que nous situions notre outil dans un horizon temporel futur, nous ne souhaitons pas pour autant négliger l'évaluation ex-post dans le cadre de l'analyse du processus de décision dans son ensemble comme en témoigne l'analyse du risque économique rendue possible par le test de scénarii alternatifs. Si la finalité d'un ou plusieurs indicateurs intégrés, à l'image de la démarche de modélisation retenue qui n'est rien d'autre qu'un agrégat d'indicateurs, est d'apporter un éclairage décisionnel aux principaux acteurs d'un centre de responsabilité, il convient de distinguer deux types d'indicateurs (Viard et al., 1996):

- Des indicateurs à vocation ex-ante, destiné à l'aide à la décision, qui indépendamment de notre outil doit se retrouver presqu'exclusivement dans le tableau de bord de pilotage ;
- Des indicateurs à vocation ex-post, destinés à l'évaluation de la qualité des décisions prises et donc passées.

Ceci étant, cette typologie n'est pas si évidente. Il est possible de renverser la logique, une fois l'évaluation faite en faisant varier ex-ante le niveau d'un tel indicateur en tant que norme à atteindre. Une telle utilisation itérative du modèle est nécessaire dès lors qu'on ne peut plus se contenter d'une vision grossière en univers certain. Il devient alors essentiel de s'assurer de la flexibilité du système imaginé et de la robustesse des modalités de fonctionnement représentées par le modèle en présence d'aléas sur la demande, le niveau d'activité, la disponibilité des ressources et le niveau de productivité.

En ce sens, le modèle, en tant qu'agrégations d'indicateurs ne contribuera au processus de décision que dans la mesure où il est possible d'établir un maximum de relations causales entre variables d'actions (leviers d'actions du décideur) et indicateurs utilisés (résultats attendus). A défaut de détenir un tel modèle en vue d'objectiver les stratégies envisagées, le décideur reste seul dans sa prise de décision et l'apport du contrôle de gestion nul ex ante. Dit

autrement, le contrôle de gestion resterait bloqué dans sa fonction de vérification et non de maîtrise et d'aide à la décision.

Une autre possibilité d'appréciation de la plus-value d'un indicateur réside dans sa confrontation à d'autres indicateurs possibles. Outre la réflexion entre le coût d'obtention de l'indicateur d'une part et son apport c'est le portefeuille d'indicateurs qui importe. En dehors du type d'usage ex-ante ou ex-post tel que nous venons de l'expliciter mais aussi de la capacité qu'ils offrent à orienter l'action, problématique sur laquelle nous reviendrons, leur nombre dépend notamment de la liste des différents points de vue à éclairer ; s'agit-il de la satisfaction du client (patient dans notre cas), de l'utilisation des ressources, de l'occupation de la structure ? De ce point de vue, il convient de veiller doublement aux indicateurs utilisé.

- Quantitativement, un trop grand nombre d'indicateurs nuit à la compréhension du système ;
- Qualitativement, une « surreprésentation » d'un point de vue aura des effets pervers ; dans notre exemple les seuls indicateurs budgétaires exprimés en euros auraient peu de chance d'avoir un impact sur le comportement des acteurs terrains.

Enfin, un indicateur ne présente d'intérêt que s'il est interprétable par ceux à qui il est destiné. C'est la question de l'établissement d'une norme réaliste qui est possible en fonction des caractéristiques du système (ressources disponibles, habitudes…) et des sollicitations auxquels il peut être soumis qu'il s'agisse des aléas de la demande et donc du niveau d'activité, mais aussi des pannes par exemple. Dans notre cas, puisque nous excluons la possibilité d'une analyse statistique des données, le recours au benchmarck dont nous avons explicité la spécificité, celle d'une comparaison à une moyenne et non aux meilleures pratiques permet toutefois de détenir une source objective pour définir une valeur cible. Ceci étant, malgré l'existence d'une référence, il reste une possibilité de choix à l'utilisateur du modèle, que nous positionnons ici en tant que décideur. Aussi, si la moyenne peut constituer la norme qu'il semble raisonnable de retenir en régime normal, on pourra préférer une valeur supérieure à la médiane qui aura donc, par définition, une probabilité inférieure à 50% d'être dépassée mais pourra avoir pour intérêt de « mettre sous tension » les acteurs pour les inciter à améliorer leurs pratiques.

Nous déduisons de ces éléments que la fonction contrôle de gestion est garante du choix des indicateurs et de leur articulation. Les principes qui guident le choix des indicateurs peuvent être résumés de la manière suivante :

- Les indicateurs doivent faire référence à des facteurs clés de succès, des leviers d'amélioration de la performance ou à des facteurs de risque, mais aussi à des variables d'action susceptibles de générer des prises de décision ;
- Les indicateurs ne doivent pas se contenter de mesurer des résultats mais doivent analyser les processus dès lors que les résultats attendus sont tardifs et aléatoires ;
- Certains indicateurs peuvent générer des effets pervers et doivent donc être contenus par des indicateurs complémentaires (exemple indicateurs de délai / qualité) ;
- Les indicateurs doivent être distingués de leur valeur cible (indicateur : DMS, cible = 4 jours)

La recherche d'indicateurs ne sert donc à rien si la définition des objectifs n'est pas fixée ; l'information n'est donc pas un but en soi mais est au service de l'action.

En synthèse, en tant que représentation simplifiée, tout l'enjeu du travail de modélisation réside dans le niveau de complexité de l'organisation pouvant être pris en compte à travers ces indicateurs. Un tel niveau semble difficile à quantifier, pour autant, chacun s'accordera pour comprendre que saisir l'intégralité de l'organisation s'avère impossible et que le niveau d'intégration de l'organisation décroît à mesure que la complexité augmente, ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés quant à l'appropriation de l'outil issu du modèle. En effet, les décisions issues des outils rendent nécessaire l'apprentissage de nouveaux rôles et la compréhension des contraintes liées à l'exercice professionnel de chacun. Les outils ainsi créés, malgré toutes les limites qu'ils peuvent présenter, agissent bien comme des « technologies invisibles » (Berry, 1983) à travers des échanges sur des données de gestion même incomplètes, ce qui peut être considéré comme une progression de la pensée gestionnaire.

C'est à cette seule condition qu'une dynamique de l'action collective pourra être instaurée avec pour support des outils de contrôle de gestion positionnés au cœur du processus de pilotage et assurant donc l'interface entre la stratégie et sa déclinaison en termes organisationnels.

6.2.2 Impact sur l'action collective

Le modèle scientifique est clairement un mythe rationnel, mais tous les mythes rationnels n'ont pas nécessairement la précision d'un modèle scientifique, ils peuvent être vagues ou ambigus, il suffit donc qu'ils soient révisables et ne soient pas perçus comme la seule représentation possible de l'organisation. Le caractère révisable du modèle implique nécessairement de le confronter à la réalité ce qui suppose de le traduire en outil et de l'utiliser en vue de l'affiner progressivement et s'assurer de sa compatibilité avec les problématiques de la décision stratégique. Cette démarche de recherche est dès lors basée sur un processus de type « essai-erreur » qui permet de construire de manière continue le modèle au cours des apprentissages collectifs qui représentent de manière dynamique le mouvement de rapprochement entre savoirs et relations.

6.2.2.1 Du modèle à l'instrument : doit-on dissocier conception et usage des outils de gestion ?

Nous positionnons l'outil de gestion tel que nous l'avons conçu au centre de la dichotomie conception, à partir d'un modèle, et usage, à travers l'instrument. Or, cette dichotomie est encore largement dominante dans l'étude des outils de gestion. Pour autant, nous souhaitons dépasser cette vision axée autour de la représentation du réel pour considérer l'outillage gestionnaire comme un ensemble d'instruments et un vecteur d'apprentissage : que deviennent les objets, outils et dispositifs de gestion dans les mains des acteurs qui les instrumentent ? Autrement dit, comment sont-ils appropriés par les acteurs de l'organisation ? Comment faciliter un tel processus d'appropriation ?

L'utilisation du modèle à des fins de simulation telle que nous l'avons illustrée à travers la construction d'un outil de simulation économique à l'hôpital nous amène à retenir une définition de l'outil proche de celle propose par Moisdon : « tout schéma de raisonnement reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation et destinées à instruire les divers actes de la gestion ». L'outil est alors marqué par son caractère instrumental, il est finalisé et n'existe que par l'usage qui en est fait. Au fur et à mesure de sa diffusion dans l'organisation, il va subir plusieurs transformations successives par lesquelles il est approprié par les acteurs. L'appropriation de l'outil est un processus long qui débute bien

avant la phase d'utilisation et se poursuit après l'apparition des premières routines d'utilisation.

En ce sens, il faut souligner l'apport de Maurice Allais (1989), économiste mathématicien, donc non spécialiste des questions de gestion mais qui précise qu' «une théorie, dont ni les hypothèses, ni les conséquences ne peuvent être confrontés avec le réel est dépourvue de tout intérêt scientifique ». Il ajoute qu'il n'y aura jamais de modèles parfaits, mais seulement des modèles approximatifs de la réalité, et précise que « de deux modèles, le « meilleur » sera toujours celui qui pour une approximation donnée représentera le plus simplement les données de l'observation ».

L'ensemble de ces éléments nous amène enfin à proposer une définition du contrôle de gestion en termes de pilotage de la performance ; cette définition nous semble d'ailleurs valable quel que soit le niveau de l'organisation considéré et les acteurs concernés. La distance entre acteurs peut alors être appréhendée de manière verticale entre la stratégie et sa déclinaison opérationnelle, sans que l'une soit supérieure à l'autre ; ce n'est pas parce que nous progressons dans notre définition du contrôle de gestion tel qu'il devrait s'instaurer à l'hôpital qu'il faut en oublier ses premières fonctions et éléments de définition en tant que *reporting* qui vise donc à faire « remonter » l'information, préalablement collectée, analysée et mise en forme à destination du responsable à l'origine de la stratégie. Cette fonction verra d'ailleurs son rôle particulièrement renouvelé dans le cadre des coopérations mais aussi de délégation de gestion à un niveau infrahôpital. Quel que ce soit le niveau de l'organisation et les acteurs qui y interviennent, le pilotage de la performance semble aller dans le sens d'un rapprochement savoirs-relations et la simulation que nous positionnons à l'interface entre niveau stratégique et niveau opérationnel.

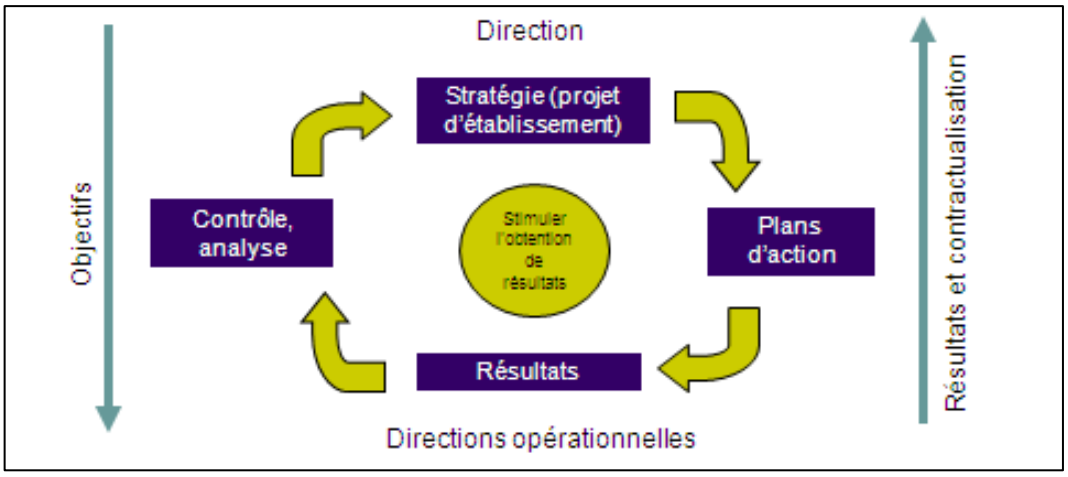


Figure 25 : Le pilotage de la performance

Outre la simulation de l'obtention des résultats, le pilotage de la performance suppose de s'assurer de la faisabilité de la stratégie qu'il s'agisse de l'occupation de la structure mais aussi de l'acceptabilité de la décision par l'ensemble des acteurs concernés et donc d'appréhender différents niveaux de l'organisation. C'est à cette seule condition que l'appropriation des outils par les acteurs sera assurée et l'action mise en œuvre. Or, si l'action sans but n'a pas de sens, l'anticipation suscite l'action. C'est ainsi que la prospective et la stratégie sont indissociables, d'où l'expression de prospective stratégique.

6.2.2.2 Planification budgétaire ou prospective stratégique

La complexité des problèmes et la nécessité de les poser collectivement imposent le recours à des méthodes rigoureuses mais aussi participatives pour les reconnaître et faire accepter leurs solutions. Pour autant, la formalisation a ses limites. Les modèles sont des inventions de l'esprit pour représenter un monde qui ne saurait se réduire à une succession d'équations. Il n'y a pas opposition mais complémentarité entre la forme et son corollaire, la rigueur et la rigidité du modèle, et le fond support à une discipline féconde qu'est la prospective (Godet, 2004).

La prospective part du postulat que le futur n'est pas le prolongement du passé. Elle conduit à l'étude des causes techniques, économiques, sociales, politiques qui accélèrent l'évolution d'un système. A l'aide de cette analyse, on s'efforce de déterminer les situations futures résultant de la conjugaison de ces différentes causes. La prospective débouche sur l'élaboration de scénarii décrivant des états futurs. Parmi l'ensemble de ces scénarii,

l'organisation dégage ceux qui lui apparaissent significatifs. C'est l'objet de la simulation telle que nous l'avons conçue et qui, à partir d'une confrontation avec les typologies des outils de gestion nous amène à distinguer différents types de scénarii (Saaty, 1984) :

- Les scénarii exploratoires, élaborés à partir de toutes les hypothèses, explorent le champ du possible et recensent toutes les éventualités sans jugement sur leur faisabilité ou leur crédibilité ; autrement sans prise en compte des capacités du système, mais aussi de manière plus subjective les relations entre acteurs ;
- Les scénarii réalisables sont ceux qui résistent à des tests de cohérence par élimination des scénarii irréalistes comportant des incompatibilités dans les évolutions ;
- Le scénario de référence est le plus probable, compte tenu des tendances observées et des stratégies des acteurs .

A la différence de la prospective, la prévision part du passé et du présent pour explorer l'avenir. La prévision est indispensable pour l'élaboration de la planification opérationnelle et des budgets. Basées sur des méthodes statistiques, les prévisions concernent les aspects quantifiables de la gestion (ventes, production, temps de travail...). Elles reposent souvent sur l'extrapolation des tendances observées dans le passé.

A travers ces éléments de définition qui distinguent prospective et prévisions, nous pouvons alors mieux définir le contrôle de gestion en lien avec le contrôle budgétaire. Plus précisément, on reconnaît trois intérêts majeurs à la gestion budgétaire en tant qu'instrument de coordination, de simulation et de motivation. La coordination est permise car le système budgétaire couvre la totalité des activités de l'organisation. L'ensemble des budgets doit être cohérent entre eux. Rien ne sert de prévoir une augmentation des ventes de 20% si plusieurs ateliers sont déjà saturés. Cette recherche de coordination est permise par la simulation que la démarche budgétaire permet. Cette faculté de simulation permet de mieux connaître l'organisation, ses atouts mais aussi ses rigidités éventuelles. Enfin certains auteurs distinguent deux grands types de budget, les budgets imposés par la hiérarchie et les budgets négociés entre les différents niveaux hiérarchiques. Il est clair que si l'on souhaite développer la motivation du personnel, le budget ne peut être que négocié et chacun doit faire le maximum pour atteindre ses objectifs. On peut ainsi développer une Direction Participative Par Objectif (DPPO). Contrôle budgétaire et contrôle de gestion sont donc liés. Si le contrôle de gestion s'attache à identifier les désordres dans l'organisation, qu'ils aient ou non une traduction comptable, l'incapacité d'un opérateur à établir un budget ou à le respecter peut être un indice d'un problème plus profond à résoudre.

Conclusion du chapitre 6

Au final, le travail de modélisation, support à la construction d'un outil de simulation repose sur un compromis pour simplifier la réalité et ainsi pouvoir adopter la démarche simulatoire envisagée. La prospective, corrélée à cette démarche, revêt un caractère fondamentalement stratégique sinon par ses retombées du moins par ses intentions et la stratégie appelle la prospective ne serait-ce que pour éclairer les choix qui engagent l'avenir.

Aussi, la première étape consiste en une description réaliste mais suffisamment simplifiée du système hospitalier. Cette étape de modélisation autorise alors une simulation en vue de tester le comportement du système dans des conditions sous contrôle. Cette étape a permis de tester la robustesse du modèle et de progresser dans sa construction. Or, notre recherche-intervention s'arrête à cette étape de test, c'est donc l'outil qui revêt une place centrale dans notre processus.

La limite de notre recherche repose sur la difficulté à passer à l'instrumentation. En effet, cette approche devrait permettre d'aborder avec une perspective nouvelle un certain nombre de difficultés méthodologiques auxquelles sont inévitablement confrontés les établissements dans la création de tableaux de bord destinés à faciliter l'utilisation et l'appropriation par les acteurs et donc le pilotage. C'est à cette seule condition que la distance entre acteurs à l'hôpital peut être réduite.

Il est difficile de conclure quant à l'amélioration du processus de décision et de management en interne. Il faudrait pour pouvoir démontrer cela adopter une démarche plus ethnologique décrivant les discussions entre les acteurs, comment l'outil a fait changer certaines perceptions négatives que ceux-ci pouvaient avoir au préalable sur les analyses et outils que proposent le contrôle de gestion, comment une fois compris l'intérêt de ces analyses et outils, ils s'en saisissent alors. De manière plus pragmatique, quiconque souhaiterait se lancer dans un tel travail de modélisation et de construction d'un outil de gestion devra se poser un certain nombre de question : comment construire les indicateurs et tableaux de bords ? Qui intégrer à cette démarche ? Quelles sont les différentes alternatives dans la démarche de conception ? Ces questions ne trouvent pas de réponse universelle et confirment notre intuition selon laquelle il n'a pas de « recettes toutes faites » mais des situations professionnelles à analyser ; ce ne sont donc pas les outils qui guident la main et la pensée du manager hospitalier mais l'inverse.

Cette affirmation est conforme aux difficultés que nous avons déjà soulignées d'une recherche-intervention chronophage et contextualisée. La validation définitive du processus supposerait de pouvoir tracer les modalités de choix entre différents scénarii alternatifs en amont, la validation d'une orientation stratégique, sa mise en œuvre et la confrontation des résultats obtenus par rapport aux résultats simulés et expliquer les raisons issues de l'incertitude inhérente à tout simulation, l'unicité de certains événements inattendus ou d'efforts organisationnels non pris en compte au moment de la modélisation et qu'une description simplifiée ne saurait prendre en compte par définition. Par ailleurs la forte contextualisation des résultats nous invite à être attentifs avant d'en tirer des généralisations de conceptions. Les expérimentations menées dans d'autres établissements ont permis d'avancer dans notre compréhension du processus Modèle – Outil – Instrument. Si l'outil devient central dans ce processus, il en résulte que le périmètre du modèle est adaptable à chaque établissement. Outre les champs stratégiques visés, l'implémentation de l'outil et son utilisation en tant qu'instrument sont aussi conditionnées à la disponibilité et à la fiabilité des données qui implique de faire un certain nombre de choix ou d'hypothèses sur les indicateurs mobilisés et les niveaux cible fixés.

Pour autant, même si nous parvenions à dépasser cette limite, peut-on considérer un tel outil comme innovant ? Dans le cadre d'outils de pilotage complémentaires, sa construction repose sur des analyses rétrospectives qui permettent le paramétrage de l'outil. Il doit sur cette base contribuer à l'aide à la décision. C'est bien souvent cette finalité qui est difficile à mettre en œuvre dans les établissements et qui empêche le suivi au fil de l'eau faute d'objectifs définis ou de prévisions suffisamment fiables. C'est le passage de la prévision à la prospective qui intéresse le manager hospitalier et qui légitime le rôle du contrôle de gestion.

Nous ne prétendons pas avoir construit un outil parfait. Pour autant, sous prétexte que cet outil est imparfait, doit-on considérer l'information médico-économique qui en découle comme illégitime ? De plus, notre questionnement initial portait sur la possibilité de modéliser une organisation aussi complexe que l'hôpital, marquée par de nombreuses incertitudes statistiques et économiques. En prolongeant notre raisonnement la question mérite d'être posée à nouveau au regard des difficultés et limites que nous avons mises en évidence. La question devient alors, « Doit-on modéliser l'hôpital, même de manière imparfaite ». Quel usage pouvons-nous attendre d'un outil aussi imparfait ?

Les enseignements issus de cette recherche-intervention attestent d'une plus-value quant à la production de données complémentaires et automatisées. Ses limites confirment la difficulté de se saisir d'outils imparfaits mais qui restent selon nous légitimes, dans une optique non pas de prescription et de jugement mais d'exploration et de discussion. C'est en ce sens que l'on dépasse progressivement la seule logique budgétaire en lien avec la comptabilité analytique hospitalière, au profit d'une démarche de contrôle de gestion qui vise, même de manière imparfaite à rapprocher savoirs et relations au sein de l'hôpital.

Tout l'enjeu consiste à faire accepter cette incomplétude aux équipes opérationnelles qui souhaiteraient saisir toute la complexité du processus de production dans ces outils. Or cette difficulté relève davantage de l'utilisation de l'outil en tant qu'instrument, la confiance que les acteurs lui accordent et donc son appropriation. On retrouve ici la problématique organisationnelle, laquelle semble d'ailleurs concerner davantage des objets qui traversent l'hôpital, voire sortent de l'hôpital. Fort de ce constat, le changement de niveau de l'organisation, en abordant la sortie du patient et son retour à domicile pose de nouvelles questions autour d'activité non « rentables » du point de vue de la T2A, mais qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge et amènent à raisonner non plus au niveau de l'établissement mais davantage autour du système de santé dans son ensemble.

Cette problématique, peu étudiée, oblige alors à accroître notre effort de modélisation sans chercher nécessairement à construire un outil de gestion même imparfait. Le travail de modélisation portant sur un objet nouveau qu'est le parcours du patient de l'hôpital jusqu'à son retour à domicile, oblige alors à appréhender un niveau de l'organisation supérieur, peut-être plus complexe puisque basé sur une coopération nécessaire entre plusieurs professionnels de santé. Il semble toutefois pertinent tant cette ouverture du périmètre de l'hôpital se traduit par de nouveaux savoirs et relations à articuler. Notre deuxième terrain de recherche vise ainsi à illustrer cette problématique en renversant la logique et en insistant davantage sur le travail de modélisation reflet de l'innovation organisationnelle.

Chapitre 7. La filière Hôpital / Domicile comme deuxième terrain de recherche : étude des modes de coordination dans le cadre du dispositif de sortie des patients atteints de cancer

7.1 Diagnostic organisationnel d'une structure de coordination des soins externes en cancérologie 238

7.1.1 Eléments de contexte et choix du terrain 238

7.1.1.1 Knotworking et typologie de patients 238

7.1.1.2 Etude de la filière Hôpital - Domicile 240

7.1.2 Légitimité d'une prise en charge coordonnée 241

7.1.2.1 Etude des relations entre acteurs 242

7.1.2.2 Un échange de savoirs nécessaire à la préparation de la prise en charge et l'organisation de la sortie 245

7.1.2.3 Le maintien de l'échange de savoirs à distance : le retour au domicile ... 246

7.1.3 La coordination des soins externes comme garante du lien entre acteurs 247

7.1.3.1 Positionnement des acteurs tout au long de la filière 247

7.1.3.2 Quelle valeur ajoutée pour la relation de soins 248

7.1.3.3 Quel positionnement stratégique pour une structure à la frontière de l'hôpital et la médecine de ville ? 249

7.2 Apport d'une structure dédiée de coordination des soins aux problématiques traitées par le contrôle de gestion 250

7.2.1 La coordination des soins comme réponse au manque de coopération entre professionnels de santé 250

7.2.1.1 La coordination comme réponse à une prise en charge individualisée.... 252

7.2.1.2 Les conditions d'une coordination efficiente 253

7.2.2 Les conditions de mise en œuvre d'une coordination des soins efficace 254

7.2.2.1 Un modèle favorable à l'émergence du case manager 254

7.2.2.2 Un modèle qui s'inscrit dans des typologies des modes de coordination 256

Conclusion du chapitre 7 258

L'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur est une problématique nouvelle pour les managers autour d'alternatives à l'hospitalisation à l'image du développement des prises en charge en ambulatoire. Celles-ci ont pour finalité la réduction du temps d'hospitalisation qui impose de trouver des mécanismes d'accompagnement des patients lors du retour à domicile. Cette question semble trouver peu de réponse en termes d'outils de gestion et de démarche de contrôle de gestion qui rappelons-le, ne se limite pas à la seule allocation des ressources mais doit servir de catalyseur à l'instauration d'une dynamique de l'action collective qui trouve tout son sens dès lors que l'on dépasse les frontières de l'hôpital.

A mesure que le niveau de l'organisation s'accroît, la distance entre acteurs augmente. Or l'un des grands problèmes organisationnels de l'hôpital concernent davantage des objets qui « traversent » l'entité, allant jusqu'à dépasser les frontières de l'hôpital. Nous nous situons donc à un niveau supérieur de l'organisation, à la frontière entre l'hôpital stricto-sensu et la médecine de ville, en prenant en compte l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'intervenir en intégrant également les prestataires de service mais aussi un acteur devenu incontournable dans la relation de soins, le patient lui-même. Aussi, ce mouvement d'ouverture se traduit par l'émergence de nouveaux acteurs qui n'ont pas nécessairement l'habitude de « faire ensemble », pour reprendre le vocabulaire employé dans la première partie et mettre en évidence la complexité du processus de prise en charge.

Nous proposons d'étudier ce mouvement à partir d'un nouvel objet du contrôle de gestion la pathologie, non pas du point de vue de la consommation des ressources et de l'homogénéité même médico-économique telle qu'elle est modélisée par le GHM, mais en retenant une approche transversale autour d'intervenants nombreux, permettant ainsi de progresser dans la prise en compte de l'organisation.

Nous étudions la question de la coordination dans le domaine de la cancérologie. En effet, les progrès thérapeutiques et le développement des prises en charge ambulatoires, rendent indispensable une coordination personnalisée autour du patient souffrant d'un cancer et de son médecin traitant, de tous les intervenants, libéraux comme hospitaliers. Ces patients sont confrontés à de multiples problèmes : contexte social difficile encore aggravé par la maladie, traitements complexes, retour à domicile difficile, gestion de « l'après-cancer » complexe sur tous les plans (personnel, familial, social), séquelles fréquentes et multiples (voix, alimentation, douleurs …), réorientation professionnelle, enjeu de prévention par l'arrêt d'une intoxication alcolo-tabagique, dépistage d'une rechute et d'un second cancer.

Nous proposons de modéliser ce que pourrait être cette coordination en considérant une population de patients traités pour un cancer dont les pronostics ont été améliorés au prix de traitements associant chimiothérapies, chirurgie souvent mutilante et radiothérapie aux conséquences immédiates et tardives majeures. L'étude doit permettre de spécifier les modes de coordinations mis en jeu, le rôle et la place des acteurs tout au long de la filière en précisant tout particulièrement les missions et le statut de l'infirmier coordonnateur.

Les enseignements sont issus d'une expérimentation menée dans un Centre de Lutte Contre le Cancer[19] de la région parisienne dont les équipes ont une expertise reconnue dans tous ces domaines. De plus plusieurs initiatives ont déjà été prises au sein de cet établissement pour anticiper certaines problématiques soulevées auparavant (procédure d'alerte sociale, service des urgences intégrés dans le département Ambulatoire, participation active au Réseau ville – hôpital). L'étude telle qu'initialement prévue est l'occasion de faire un état des lieux, de formaliser les organisations adéquates et ainsi produire des indicateurs adaptés et évaluer les actions menées. Cette démarche a pour but de faire bénéficier ensuite du savoir-faire acquis à tous les patients quel que soit le type de tumeurs voire à des patients souffrant d'autres pathologies chroniques.

Au final l'enjeu consiste à identifier le rôle et la place donné à l'infirmier(ère) coordinateur(trice), dont les attentes sont nombreuses mais dont les missions et le statut n'ont fait l'objet d'aucune formalisation jusqu'ici. Car, si les textes institutionnels mettent en avant la question des coopérations entre professionnels de santé, celle-ci apparaissent difficiles, non spontanées et donc peu développées. L'émergence de structures dédiées à organiser ces coopérations c'est-à-dire destinées à assurer la coordination entre acteurs peut-elle répondre en partie à cette insuffisance ? Les résultats issus de l'expérimentation (7.1) méritent d'être confrontés à la littérature consacrée aux modes de coordination en santé (7.2).

[19] Bien que s'agissant également d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, l'établissement d'accueil de cette deuxième recherche-intervention est différent de celui ayant fait l'objet du premier terrain.

7.1 Diagnostic organisationnel d'une structure de coordination des soins externes en cancérologie

Le rôle de la coordination est reconnu dans le domaine de la cancérologie particulièrement concerné par une approche pluridisciplinaire tant sur le plan du diagnostic que thérapeutique. Pour autant, si de tels modes de coordination sont bien formalisés en amont de la prise en charge, à l'image du dispositif d'annonce de la maladie issu d'une approche coordonnée entre professionnels, ou de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), basée sur une approche concertée dans le cadre de la définition de la stratégie thérapeutique, d'autres doivent être considérés en aval tels que ceux relatifs à l'anticipation et à l'organisation de la sortie du patient et des soins à délivrer à domicile.

7.1.1 Eléments de contexte et choix du terrain

La spécificité de la pathologie étudiée, le cancer est qu'elle concerne une population de patients pour laquelle les besoins de coordinations sont majeurs pendant et après les traitements. Si la modélisation est définie comme étant une représentation simplifiée, elle est donc particulièrement pertinente, bien que difficile à mettre en œuvre, pour des patients dont le parcours est singulier et donc complexe. Le travail de modélisation débute alors par l'identification de plusieurs types de patients qui doit aboutir au choix d'une population de patients pour lesquels le besoin de coordination « hors murs » est important. Il en résulte le choix d'une étude de la filière Hôpital – Domicile dans le cadre particulier d'une structure dédiée de Coordination des Soins Externes (CSE) au sein d'un Center de Lutte Contre le Cancer.

7.1.1.1 Knotworking et typologie de patients

La coordination dans et hors les murs est rendue nécessaire par l'accroissement du nombre de prises en charges complexes et à dimension sociale. De nouveaux espaces de coordination semblent devoir être crées tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation, qu'il s'agisse du médecin traitant, des prestataires de services ou des unités d'hospitalisation, qui constituaient jusqu'ici des espaces autonomes pour lesquels la coopération ne semble pas spontanée.

L'organisation des soins des patients atteints de cancer à la sortie semble particulièrement concernée par ce besoin de coordination ; elle est d'ailleurs caractéristique d'une situation de « *knotworking* » (Engeström, 2008) dans la mesure où bon nombre de combinaisons sont envisageable, peu stables et d'une durée variable. Cette instabilité peut s'expliquer par l'incertitude inhérente à la prise en charge des patients atteints de cancer (évolution de l'état de santé du patient, apparition de nouveaux traitements…) qui peut amener à faire appel à de nouveaux acteurs par exemple. Cet argument de l'instabilité peut également être rapproché du caractère unique du patient souvent avancé par le corps médical.

Le contexte est celui d'une demande accrue des patients en faveur de l'externalisation des soins à domicile, comme en témoigne le succès rencontré par l'Hospitalisation à Domicile (HAD) depuis une dizaine d'années et la définition de ses missions par la circulaire du 20 mai 2000. L'enjeu est donc bien de trouver des alternatives à l'hospitalisation pour anticiper et organiser le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles. Autrement dit, c'est la coordination des trajectoires de la personne malade vers le domicile qu'il convient d'organiser. Outre un impact majeur sur la satisfaction des patients, on peut en attendre une rationalisation des prestations hospitalières et donc une utilisation plus optimale des ressources.

A cet effet, plusieurs profils de patients doivent être distingués :

- Les patients pour qui « tout va bien » dont le suivi est assuré par le médecin traitant
- Les patients relevant de l'Hospitalisation à domicile (HAD)
- Les patients nécessitant des soins de suite

De cette typologie, il convient toutefois de formuler une hypothèse implicite, qui sert de base à notre réflexion, celle d'une relation inversement proportionnelle entre lourdeur du patient, complexité du processus de prise en charge et besoin de coordination. Dit autrement, nous postulons que le degré de coordination « hors mur » s'accroît à mesure que le degré d'indépendance du patient augmente, quel que soit le niveau de gravité et le stade de la pathologie. C'est donc bien cette notion de dépendance momentanée entre soignant et patient qui caractérise la relation de soins, laquelle peut se faire à distance dans le cadre d'une coordination hors mur garante du maintien de la qualité du suivi.

L'établissement est l'un vingt Centres régionaux de Lutte Contre le Cancer –CLCC), situé en Ile-de-France, il reçoit plus de 10 000 nouveaux patients par an dont environ la moitié est prise en charge sur place. Outre les actions préconisées par le plan Cancer, il est depuis longtemps

impliqué dans la recherche de formes d'organisation nouvelles, plus coordonnées, en faveur de la qualité de soins renforçant encore la qualité des soins apportés au patient.

A titre d'exemple, une structure originale a été créée en 2003 dite de « Coordination des Soins Externes » (CSE) ; s'agissant une unité fonctionnelle transversale visant à améliorer la continuité des soins et préparer les sorties complexes des patients requérant de soins à domicile, elle amène alors à considérer une quatrième catégorie de patents, les patients nécessitant des soins complexes et / ou du matériel médical à domicile.

7.1.1.2 Etude de la filière Hôpital - Domicile

L'objectif de notre recherche repose la mise en évidence de l'effectivité des modes de coordination mis en place à la fin du primo-traitement et le positionnement des acteurs au sein de la filière sur la base d'un diagnostic organisationnel de la CSE. Cette structure, originale dans son fonctionnement intervient une fois sollicitée par les équipes dans tous les cas où il y a poursuite du traitement à domicile. Elle définit le mode de prise en charge et le matériel nécessaire après évaluation du patient 48 heures avant la sortie ; en fonction de l'état physique du patient, de son contexte social, du type de soins requis, le patient est ainsi orienté vers le mode de prise en charge le plus adapté (prise en charge par la CSE, HAD, réseaux…). La CSE a également pour mission de contacter les prestataires externes et les professionnels et d'assurer un suivi téléphonique des patients et des prestataires

Elle est actuellement composée d'une cadre de santé, de quatre infirmières coordinatrices et d'une aide-soignante pour assurer une activité croissante depuis sa création en 2003. Entre 2005 et 2009, le nombre de patients pris en charge s'est accru de plus de 80% passant de 1052 à 1913 patients, imputable en partie aux prises en charge nouvelles progressant de plus de 90% (+ 786 patients en 2005 et + 1 525 en 2009). Cet accroissement de l'activité a été rendu possible par un renforcement de l'équipe en 2006 et par un certain nombre d'innovations organisationnelles. Cette évolution de l'activité atteste aussi de la satisfaction tant des patients que du personnel médical et paramédical face à ce mode prise en charge original ; le potentiel d'accroissement de l'activité est donc certain mais pourrait se trouver bientôt confronter à la contrainte des ressources disponibles. L'atteinte d'une taille critique oblige aujourd'hui à repenser son rôle et son organisation.

L'organisation et le fonctionnement quotidien de la CSE sont étudiés au moyen des éléments suivants :

- Description des moyens humains sur la base d'une série entretiens avec les membres de l'équipe de la CSE ;
- Description de l'activité clinique à partir des documents institutionnels mais aussi de requêtes spécifiques ; outre une description classique (file active, nombre de nouveaux patients pris en charge, motifs de prise en charge initiale) cette description est ainsi complétée par une analyse plus fine par soin (Zometa, nutrition parentérale, oxygène…) ;
- Description de la prise en charge des patients ; c'est le processus de prise en charge du patient à sa sortie qui est décrit pour un soin donné, sur la base de l'observation du travail des infirmières coordinatrices. Ainsi, sont identifiés les acteurs engagés, leurs actions, le type d'informations échangées. La modélisation de la prise en charge s'effectue en trois temps : préparation à la prise en charge, coordination des soins lors du retour à domicile, suivi téléphonique

Un entretien détaillé avec chacune des membres de la CSE a permis d'apporter les premiers éléments de réponse. Il a été mené autour de cinq thématiques :

- Description des activités et tâches ;
- Evolution temporelle ;
- Répartition de l'information ;
- Relations avec les acteurs à coordonner ;
- Attentes futures.

7.1.2 Légitimité d'une prise en charge coordonnée

En 2010, la CSE fonctionne avec une équipe de sept personnes : une infirmière cadre, cinq infirmières coordinatrices et une aide-soignante. Deux d'entre elles sont présentes depuis la création de la CSE. De manière générale, toutes sont des infirmières expérimentées, avec pour trois d'entre elles plus de trente ans d'exercice, et une connaissance fine de l'établissement. Lorsqu'on les interroge sur leurs motivations pour intégrer la CSE, il convient de souligner deux éléments de réponse contraires :

- Une certaine forme de réticence face à l'éloignement avec le patient, l'abandon des soins, et une question sur la façon d'aider le patient « à distance » ;

– L'envie de découvrir « autre chose », sur la base d'une relation différente avec le patient qui suppose de « lâcher la technique au profit du relationnel » et peut être vue comme une suite logique pour voir ce qui se passe à l'extérieur de l'établissement.

De ces premiers éléments, il en résulte un changement de paradigme quant à la relation de soins, qui n'est plus directe et unidimensionnelle entre un soignant et un patient mais interactive entre une infirmière coordinatrice qui organise le lien entre plusieurs acteurs et le patient, ce dernier étant lui-même acteur de sa propre prise en charge.

7.1.2.1 Etude des relations entre acteurs

Cinq types interactions peuvent ainsi être mis en évidence :

– CSE / Patient : outre l'entretien d'évaluation à la sortie du patient qui vise à préciser le profil médico-psycho-social du patient et s'assurer de la légitimité d'une prise en charge par la CSE, la relation directe avec le patient consiste à les recevoir, répondre aux appels entrants, s'assurer du suivi du traitement et de l'évolution de l'état de santé physique et mental sur la base de neuf types d'appels programmés selon une fréquence prédéterminée et une procédure donnée ;

– CSE / Professionnels de santé au domicile (médecin généraliste, infirmières libérales…) : outre l'obtention d'informations spécifiques (antécédents, état général du patient…), les informations transmises doivent permettre la réalisation concrète du soin (prescription, accord du médecin, dose, date du soin…) ;

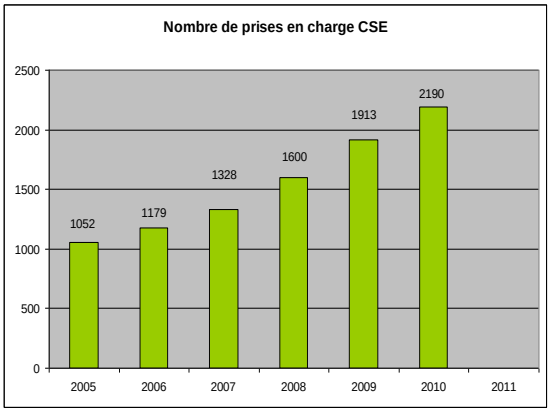
– CSE / Acteurs externes (prestataires de matériel, HAD, réseaux) : il s'agit essentiellement de contacter les prestataires et transmettre les informations nécessaires qu'elles soient administratives (coordonnées, adresse…) ou relatives au traitement (type de matériel, prescription par fax de l'ordonnance) ;

– CSE / Unités d'hospitalisation : à l'origine de la demande de sorties du patient, elles sont contactées afin de préciser l'état de santé du patient et les soins réalisés ;

– CSE / Professions transversales (diététiciens, kinésithérapeutes, prises en charge douleur, soins de suite, soins palliatifs…) : un certain nombre de soins de support peuvent être proposés au patient et sont alors organisés en lien avec ces services ;

Ces interactions doivent être comprises comme des liens directs entre les deux acteurs même si l'ensemble des activités réalisées par la CSE se font au service du patient.

L'accroissement de l'activité semble confirmer la légitimité de tels modes de prises en charge coordonnées. En 2010, 1797 nouveaux patients ont été pris en charge (faisant ainsi porter le nombre de patients suivis par la CSE à 2 190).



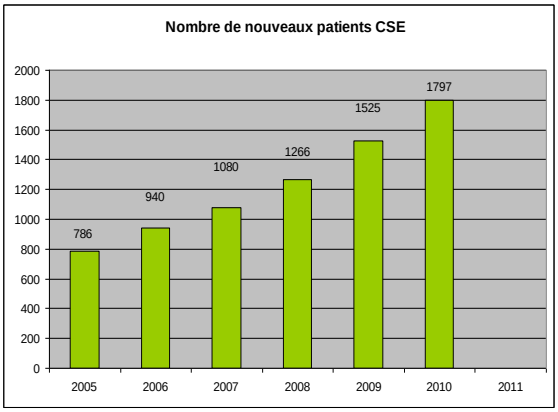


Figure 26 : Evolution de l'activité de la CSE

Pour assurer le fonctionnement de la CSE, le transfert de l'information se fait au moyen de deux vecteurs. En interne, c'est la culture de l'oral qui prime ; si chaque patient se voit attribuer une infirmière référente, les informations sont communiquées à toutes pour assurer la continuité des soins en cas d'absence et assurer la transmission des informations obtenues (problèmes, solutions envisagées, évolution de l'état du patient…) par l'aide-soignante qui assure le suivi téléphonique de tous les patients et reçoit les appels entrants. L'écrit est réservé à la transmission de l'information en externe afin d'éviter toute perte d'information ; il passe par l'usage du fax lors de la réception de la demande de sortie ou pour contacter les prestataires, transmettre les ordonnances et recevoir les résultats d'analyse biologiques notamment. Les informations administratives et les comptes-rendus médicaux sont quant à eux recensés au sein du dossier patient informatique. Selon les infirmières, il semble difficile de réclamer davantage d'écrit.

Au final, c'est la relation entre la CSE et le patient qui semble occuper le plus de temps mais représente des activités difficiles à planifier (arrivée des demandes de sortie, réception des appels entrants…). La confiance entre l'ensemble des acteurs est garante d'une coordination réussie pour une organisation efficiente en termes d'équité dans l'accès à des soins de qualité, tant avec les professionnels de santé qui assurent les soins qu'avec les prestataires qui livrent le matériel. L'accroissement de l'activité semble nécessiter un certain nombre d'adaptations telles que le renforcement des liens avec les réseaux pour déléguer davantage certains soins, l'écriture de procédures, la formalisation d'une charte avec les médecins traitants, l'utilisation

des nouvelles technologies telles que la télémédecine pour faciliter l'éducation thérapeutique du patient ou encore la couverture de nouveaux champs tels que la radiothérapie.

Une fois cette description globale effectuée, reste à présenter de manière détaillée les mécanismes de coordination tels qu'ils existent dans la prise en charge des patients au sein de la CSE. Le processus de prise en charge est modélisé en deux temps : avant la sortie, et lors du retour au domicile.

Au total, vingt-cinq types de soins répartis en sept grandes familles peuvent être organisés et réalisés à domicile. Parmi les soins les plus concernés, figurent les zometa Ce traitement vise à prévenir les complications osseuses chez les patients atteints de pathologies malignes à un stade avancé. On observe ces dernières années une montée en puissance de ce type de prise en charge, de plus en plus prescrit et ce quel que soit le type de cancer.

Le processus de prise en charge par zometa peut être décomposé en deux sous-processus ainsi qu'un suivi longitudinal tout au long de la prise en charge par la CSE.

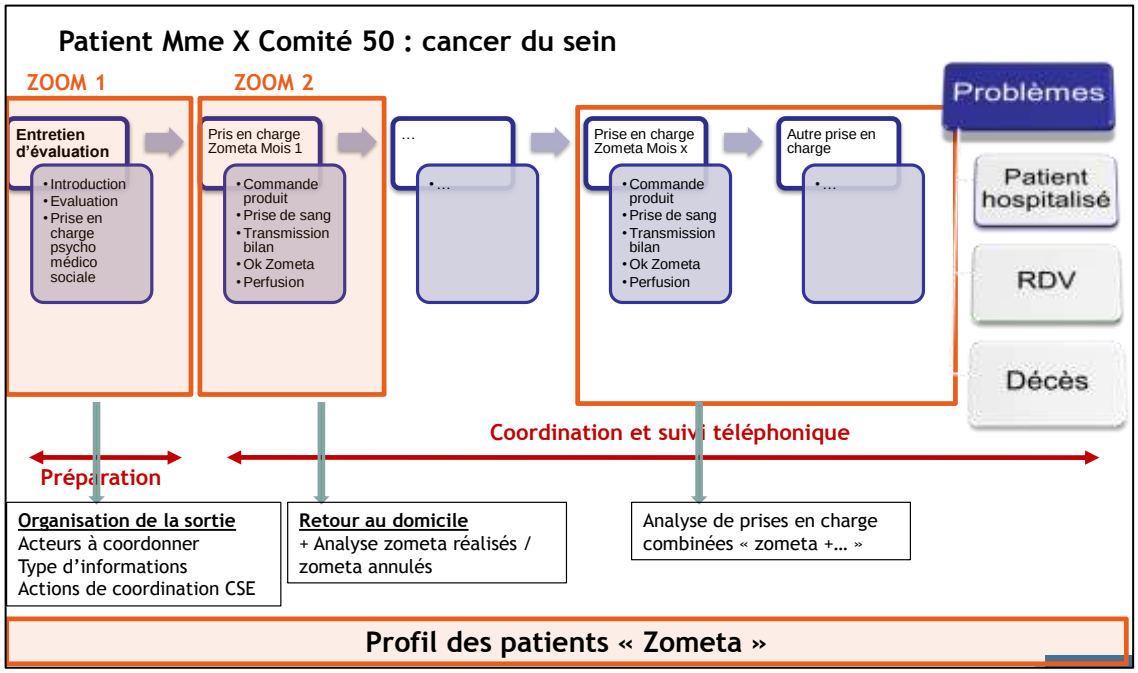


Figure 27 : Processus de prise en charge par la CSE - Soin zometa

7.1.2.2 Un échange de savoirs nécessaire à la préparation de la prise en charge et l'organisation de la sortie

Le médecin en charge du patient décide de la sortie du patient et sollicite la CSE (envoi d'un fax par l'unité d'hospitalisation). L'une des infirmières coordinatrice de la CSE prépare le dossier patient ainsi que la plaquette qui lui sera remise. Un entretien est alors organisé avec le patient, et éventuellement son entourage, afin de dresser son profil médico-psycho-social, vérifier la légitimité d'une prise en charge par la CSE et s'assurer de son accord. Elle recueille également les coordonnées des différents professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, cabinet d'infirmiers, pharmacie, laboratoire d'analyse essentiellement). L'entretien se ponctue par l'organisation du ou des soins effectués au domicile (date des analyses à faire, date de la perfusion 48 heures après). Le médecin en charge du patient signe les ordonnances et l'infirmière coordinatrice contacte l'infirmier libéral pour l'informer du type de prise en charge demandée. Elle contacte également le prestataire selon un tour de rôle organisé par la CSE afin d'éviter toute tentative de sélection des patients et garantir un égal accès à tous, et l'informe du matériel à livrer. Enfin, l'infirmière coordinatrice renseigne le dossier patient. Au moment de l'intervention, réside un problème de double saisie au sein du dossier patient de l'établissement et d'une application propre à la CSE, générateur de perte de temps.

A l'issue de ce processus, la saisie informatique dans le dossier patient permet d'obtenir un profil médico-psycho-social et valider le mode de sortie.

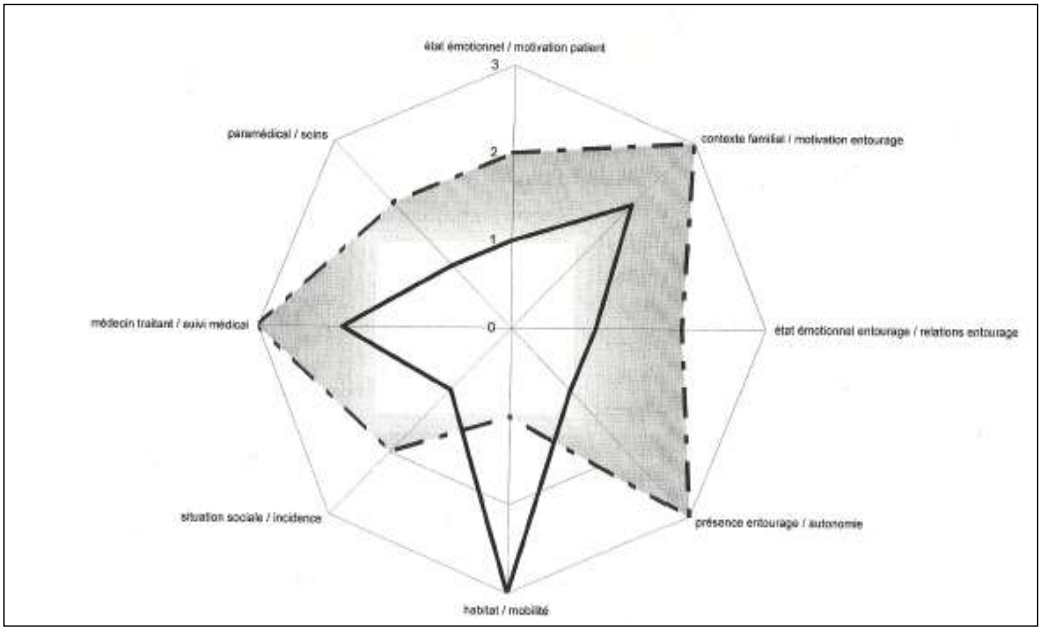


Figure 28 : profil médico-psycho-social du patient à l'issue de l'entretien d'évaluation

7.1.2.3 <u>Le maintien de l'échange de savoirs à distance : le retour au domicile</u>

48 heures après le retour au domicile du patient, l'aide-soignante contacte le patient. Le prestataire livre le matériel aux dates convenues. Pour un traitement à domicile par zometa, le patient est contacté en vue de la réalisation des analyses biologiques au laboratoire. Une fois les analyses effectuées, les résultats sont faxés par le laboratoire à la CSE, ainsi que ceux issus du dentiste, pour permettre au médecin de donner son accord pour une prise en charge zometa et préciser la dose prescrite. L'infirmière coordinatrice prévient le patient, contacte l'infirmier libéral et lui confirme la prise en charge zometa et la dose prescrite. L'infirmier libéral procède alors à la perfusion (trente minutes avec une poche transportable). En cas d'analyses non réalisées ou de contre-indication médicale, la perfusion zometa est annulée. L'aide-soignante contacte le patient pour s'assurer de la réalisation du soin et de l'évolution de l'état du patient.

La création de cette structure originale qu'est la Coordination des Soins Externes (CSE) constitue donc une accélération dans la mise en œuvre de nouveaux modes de coordination et mérite d'être évaluée. Quel est alors l'impact de telles actions en matière de coordination intra et extra hospitalière ?

7.1.3 La coordination des soins externes comme garante du lien entre acteurs

La CSE existe depuis 2003. Ses missions actuelles sont précisées dans le projet d'établissement. Il s'agit d'anticiper et organiser le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles ce qui implique d'en assurer un suivi régulier une fois ce retour effectif. L'intérêt d'une telle structure n'est plus à démontrer ; son évolution devient alors nécessaire pour répondre aux demandes de l'ensemble des acteurs concernés qu'il s'agisse du patient mais aussi de l'ensemble des professionnels de santé.

7.1.3.1 Positionnement des acteurs tout au long de la filière

Les usagers expriment clairement une demande d'externalisation des soins ; le soin à domicile est en effet vécu par le patient comme un gain en termes de confort et de qualité de vie, sous condition que la qualité et la sécurité des soins soit assurée de la même manière qu'à l'hôpital. L'intérêt est alors double :

- Une meilleure implication dans la prise en charge des patients suivis par la CSE qui revêt une importance certaine quand on sait que le soutien moral et psychologique contribue à la réussite du traitement médical ;
- Une prise en charge hospitalière réservée aux patients nécessitant des soins plus complexes qui améliore l'accès aux soins et contribue à la réduction des inégalités.

Une procédure de sortie du patient a été formalisée en vue de préciser les critères de suivi par la CSE. Pour que les médecins oncologues collaborent régulièrement, il est important que le service rendu par la CSE soit clairement perceptible qu'il s'agisse de la qualité des soins, de la satisfaction des patients, du retour d'informations mais aussi de la disponibilité du plateau d'hospitalisation pour d'autres patients.

- Les médecins traitants de ville sont aussi garants de la réussite d'une telle prise en charge ; sollicités lors de l'évaluation pour l'obtention d'informations complémentaires ou encore le renouvellement d'ordonnances, il joue aussi un rôle essentiel dans l'orientation des patients ;
- Les infirmiers libéraux sont un maillon essentiel de la prise en charge ; outre la réalisation des soins, ils assurent un soutien moral et psychologique essentiel dans le processus de guérison, au même titre que les proches ;
- A côte des professionnels de santé, les prestataires de matériel constituent un intermédiaire essentiel et confèrent un rôle central à la CSE pour permettre l'organisation

logistique nécessaire à la prise en charge des patients. Ils interviennent alors dans un environnement très réglementé mais aussi très concurrentiel. L'établissement représentant un client important, la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation annuelle et systématique basée sur une série de critères validés au préalable ainsi que d'un tour de rôle des prestataires à l'arrivée d'une nouvelle prise en charge CSE ont permis de créer un climat de confiance avec les prestataires garante d'un égal accès à aux soins pour chaque patient.

La CSE peut également confier la prise en charge des patients non plus à des soignants libéraux mais à des structures organisées qu'il s'agisse des HAD ou des réseaux. Si les relations avec les réseaux sont décrites comme difficiles et peu formalisées, les liens avec l'HAD sont réels à travers la collaboration avec une association spécialisée en Hospitalisation à Domicile, favorisant le retour à domicile des patients. Un travail de fond réalisé par les deux équipes s'est traduit en 2010 par la signature d'une convention ; le nombre de dossiers transmis à l'équipe d'HAD a ainsi été multiplié par six en cinq ans.

Ainsi, tout au long de la filière, l'infirmière coordinatrice joue un rôle central dans la coordination de l'ensemble des acteurs contribuant à la prise en charge des patients à domicile. Si son statut n'est pas formalisé en tant que tel, elle pourrait remplir la fonction de coordonnateurs de soins telle que définie par le plan cancer II 2009 – 2013 en vue de la personnalisation de la prise en charge.

Par ailleurs, cette mesure préconise un partage des données médicales entre professions de santé ; la « mise aux normes » du système informatique de la CSE entamée en 2010 selon le schéma défini par la Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO) doit permettre de faciliter la coordination de l'ensemble de ces acteurs. Outre le gain de temps soignant gagné en évitant les saisies multiples, elle contribue ainsi à l'amélioration et au partage de l'information au niveau institutionnel.

7.1.3.2 Quelle valeur ajoutée pour la relation de soins

Une « bonne coordination » devrait se traduire par une meilleure qualité de la prise en charge. Le premier critère à prendre en compte dans ce domaine concerne la satisfaction des patients sur le déroulement de leur parcours. Elle doit également éviter des retours inutiles au sein de l'établissement lors du déroulement de cette prise en charge, souvent générateurs de stress

pour le patient. L'impact sur la qualité de la prise en charge peut être décliné en deux volets : la satisfaction du patient à domicile d'une part et l'impact sur l'optimisation des soins hospitaliers et extrahospitaliers d'autre part. Ainsi les soins pourront être qualifiés de soins de qualité si le patient se dit satisfait et s'ils se traduisent par une réduction d'activité et donc de dépenses hospitalières inutiles.

Autrement dit, l'intérêt d'une structure telle que la CSE passe par une amélioration de la relation professionnel-patient dans cette phase de prise en charge de la pathologie cancéreuse à l'issue du primo-traitement. Plus précisément, une information transmise en temps réel, claire et adaptée aux attentes du patient sur le suivi du traitement médicamenteux contribue à la satisfaction du patient et à la rationalisation des prestations hospitalières.

7.1.3.3 Quel positionnement stratégique pour une structure à la frontière de l'hôpital et la médecine de ville ?

Quelle que soit son évolution, la CSE doit son succès à plusieurs facteurs au premier rang desquels la satisfaction réelle exprimée par les patients mais aussi la qualité de son insertion dans l'établissement. Structure originale créée sans fondement institutionnel, à l'inverse de l'HAD par exemple dont les missions sont identifiées par la circulaire du 20 mai 2000, elle doit sa réussite au travail fourni par les infirmières à l'origine du projet et à l'effort de formalisation des procédures qui permettent aujourd'hui d'optimiser son fonctionnement et accroître le nombre de patients pris en charge.

Soucieux de poursuivre son développement et de répondre davantage aux besoins des patients pour en accroître la satisfaction et la qualité des soins, des projets innovants sont en cours à l'image de la mise en place de la télémédecine dans le cadre des chimiothérapies orales à domicile en lien avec l'éducation thérapeutique du patient, ou encore le développement d'une collaboration avec une structure d'accueil pour les familles accompagnant leur malade hospitalisé. Réclamée par les services hospitaliers, encouragée par les pouvoirs publics et attendue par les malades et leurs familles, elle permet aux patients hospitalisés parfois loin de leur domicile de recevoir des visites de leurs proches. La coopération avec la CSE renforce ainsi le soutien moral et psychologique apporté au patient dont on sait qu'il favorise la réussite du traitement médicale dans une thérapeutique actuelle faite de traitements intensifs et d'interventions souvent lourdes.

Finalement, le projet stratégique proposé s'intègre plus largement dans une mission de coordination des différentes trajectoires de la personne malade vers l'extérieur, rôle actuel de la CSE, mais aussi au sein de l'établissement qu'il s'agisse de la gestion des lits, des consultations, des urgences, le tout dans le cadre d'un projet de soins personnalisé. Identifié au sein du pôle stratégie, en lien avec le projet Filière de soins, placé sous la responsabilité d'un médecin responsable du département Ambulatoire, il s'inscrit dans une démarche plus large de coordination du parcours de soins. Les attentes sont multiples et concernent essentiellement une utilisation optimale des ressources mais aussi une satisfaction réelle des patients. D'autres modes de coordination doivent donc être envisagés, quel que soit le profil du patient et ce depuis la phase curative jusqu'à la fin de vie en assurant un *continuum* dans la prise en charge à l'hôpital comme à domicile au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

7.2 Apport d'une structure dédiée de coordination des soins aux problématiques traitées par le contrôle de gestion

La littérature souligne l'intérêt de prises en charge plus coordonnées dans le cadre de pathologies dont le diagnostic et le traitement sont incertains, faisant appel à des soins complexes nécessitant l'intervention de professionnels aux compétences complémentaires. Elle propose plusieurs modèles issus d'expériences étrangères tels que le *Disease management* et l'émergence du *Case Manager* en vue de la formalisation des mécanismes de coopération entre professionnels de santé. En ce sens ce n'est pas l'outil de gestion qui est garant d'une allocation des moyens efficiente mais la structure en donnant aux acteurs les moyens concrets de « faire ensemble ».

7.2.1 La coordination des soins comme réponse au manque de coopération entre professionnels de santé

La coordination est devenue depuis quelques années l'objet de nombreux discours et pratique dans le système de santé ; elle est souvent vécue comme un manque du point de vue du patient et comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de soins. La coordination peut être appréciée à deux niveaux :

- En termes de dynamiques professionnelles ; il s'agit ainsi de l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et de mobilisations collectives en vue de la reconnaissance

d'une compétence particulière, qui s'apparente dans le domaine de la santé au rôle confié au *case manager* ;

- En termes de logiques gestionnaires ; il s'agit des processus et stratégies portées par les instances régulatrices et qui visent à rationaliser l'organisation des soins, gagner en transparence et garantir qualité et coût des soins.

Les auteurs distinguent plusieurs modes de coopération entre acteurs. De façon générale, l'intégration est le processus qui consiste à établir une interdépendance entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif (Contandriopoulos et al., 2001). Outre la définition économique, qui nous intéresse peu dans le cas de l'hôpital, une autre façon de définir l'intégration consiste à l'appréhender comme un processus de création d'un échange commun ou d'une zone d'échanges entre organisations ou entre sociétés, ce qui suppose l'adoption de règles communes sans pour autant détruire les valeurs et projets particuliers de chacun. Cette interdépendance apparaît en effet dès lors que des acteurs ou des organisations autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs (Bryson et Cosby, 1993). Dans ce cas, l'une des questions posées et celles du mode de relations susceptible de se mettre en place pour réguler les comportements de chacun des acteurs interdépendants.

La coopération est le mode de relation que des acteurs (ou organisations) en situation d'interdépendances ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, lorsqu'ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune. Pour autant, elle n'exclut pas la présence de relations de concurrence voire de conflits entre acteurs (ou organisations), mais pour être durable, la négociation entre les acteurs et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continus (Friedberg, 1993). Si la coopération ne peut être spontanée, alors il est nécessaire d'assurer une coordination.

C'est en ce sens qu'une structure telle que la CSE trouve sa place au sein d'un processus de contrôle de gestion partagé et qui n'est plus réservé au seul contrôleur de gestion. Il est de ce fait indépendant des problématiques de comptabilité analytique hospitalière puisque son action porte sur des patients sortis, qui ne sont donc plus hospitalisés et financés par le biais d'un tarif GHS.

7.2.1.1 La coordination comme réponse à une prise en charge individualisée

Dans tous les cas, la coordination est adaptée à des situations où les problèmes de santé sont multiples ou complexes aux contours flous dont l'évolution dans le temps est et dans l'espace est incertaine. L'exemple de la relation de soins entre le professionnel de santé et le patient (ou son entourage) est caractéristique d'une telle situation et atteste d'un besoin de coordination. Un problème est ainsi considéré comme complexe dès lors que diagnostic et le traitement sont incertains et demandent l'expertise et le traitement de plusieurs cliniciens expérimentés (Christensen et al. 2000).

Dans toute organisation, la coordination existe toujours mais elle est bien souvent insuffisante. Un des enjeux de l'intégration consiste à créer de nouveaux espaces de coordination entre acteurs et des organisations autonomes ayant leurs propres frontières. Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire.

Or, la plupart des recherches sur les modes de coordination sont basées sur des relations stables et nettement délimitées dans le temps et dans l'espace. Le concept de *knotworking* (ou travail en nœud) énoncé par Engeström (2008), décrit un type d'organisation presque opposé à savoir le travail qui requiert la contribution active de combinaisons de personnes et d'artefact en reconfiguration constante, œuvrant au gré de trajectoires temporelles étendues et se trouvant largement distribuées dans l'espace. Autrement dit, au lieu d'être stables, les combinaisons de personnes qui collaborent pour accomplir une tâche changent constamment. Ces combinaisons de personnes, de tâches et d'outils sont uniques et d'une durée relativement brèves. La recherche de performance collective qui en découle appelle de nouveaux modèles de co-configuration sur la base de trois composants interdépendants, le client, le produit / service, l'entreprise (Victor et Boynton, 1998) et de six critères :

- Un produit ou un service adaptatif ;
- Une relation durable entre le client, le produit / service et l'entreprise ;
- Une configuration ou une personnalisation sans cesse remaniée ;
- Une implication active du patient ;
- Une multiplicité de producteurs collaborant entre eux ;
- Un apprentissage mutuel à partir des interactions entre les parties impliquées.

Plus spécifiquement, outre la contrainte de ressources, on assiste à une transformation des processus de production en lien avec la transformation des modes de prise en charge dans un contexte d'intensification des soins. Il en résulte des prises en charge complexes, transversales mobilisant des acteurs aux compétences différentes et appartenant à des lignes hiérarchiques elles aussi différentes.

Nous apportons ici une alternative et une réponse à la critique formulée à l'égard d'outils de gestion trop restrictifs et peu représentatifs de la réalité. Ce qui intéresse le contrôle de gestion c'est le caractère unique de la prise en charge qu'il n'est pas possible de synthétiser au sein d'un modèle ayant recours à des indicateurs quantitatifs moyens et qui oblige à raisonner en termes de processus.

7.2.1.2 Les conditions d'une coordination efficiente

Dans le domaine des organisations, la coordination vise à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences…) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles (Alter et Hage, 1993). Appliqué au secteur de la santé, les auteurs dressent une typologie des modes de coordination :

- La coordination séquentielle : lorsqu'un patient rencontre successivement les professionnels ou les organisations durant un épisode de la maladie. Il y a peu de relations entre les professionnels, la cohérence de la prise en charge est assurée par la compétence professionnelle de chaque intervenant ;
- La coordination réciproque : lorsque le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels ou organisations ; Il existe dans ce cas une forte interdépendance, chaque intervenant devant tenir compte du travail des autres ;
- La coordination collective : lorsqu'une équipe de professionnels assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients selon des modalités décidées ensemble

Les études montrent que des programmes de coordination des soins ayant fait la preuve de leur efficacité tant en termes de réhospitalisations que de qualité des soins et de réduction des dépenses sont caractérisées par des liens directs avec le patient en vue de les « éduquer » et créer une relation de confiance mais aussi avec d'autres acteurs tels que le médecin généraliste et les hôpitaux locaux. Tout l'enjeu consiste donc à proposer des dispositifs permettant de mettre en œuvre chacun de ces éléments.

7.2.2 Les conditions de mise en œuvre d'une coordination des soins efficace

Parmi les dispositifs de coordination ayant fait leurs preuves à l'étranger, nous citons le cas du *case management* initié dans le suivi des patients atteints de troubles psychiatriques ; c'est l'objectif d'accompagnement individualisé qui rend nécessaire la coordination des soins dans un contexte de complexité croissante du parcours patients autour d'acteurs de plus en plus nombreux et dans lesquel le patient lui-même est amené à jouer un rôle certain. Plusieurs mécanismes de coordinations peuvent dès lors s'articuler autour de cet acteur privilégié qu'est l'infirmier(ère) coordinateur(trice). Ce terrain de recherche constitue ainsi un exemple concret de mise en œuvre d''une démarche de *case management* favorable à l'éducation thérapeutique.

En ce sens, le modèle revêt une importance particulière pour favoriser l'émergence de nouvelles pratiques, sans nécessairement aller jusqu'à la construction d'un outil et son usage en tant qu'instrument. C'est la phase même de de modélisation partant de l'organisation qui se révèle fructueuse plus que l'outil.

7.2.2.1 Un modèle favorable à l'émergence du case manager

De manière générale, le *Case management* est défini comme étant un système de gestion qui permet d'organiser et de coordonner les ressources, les soins et les services requis par des clientèles spécifiques et ce, dans le but d'atteindre des résultats cliniques et économiques tout en établissant les bases relatives au processus d'amélioration continue de la qualité. Dit autrement, il s'agit de trouver « les bonnes personnes, les bons soins (ou services), au bon moment et au bon endroit et avec les bons partenaires ». On retrouve finalement la problématique de l'allocation des ressources non pas posée en termes financiers mais en termes de moyens humains.

Ces pratiques sont nées dans le champ de la santé mentale qui en donne plusieurs définitions. Le *case management* représente ainsi « le meilleur modèle d'organisation du suivi des patients dans la phase stable de leur trouble schizophrénique. Il fait appel à la multidisciplinarité et ce qui est fondamental, c'est la permanence d'une relation suivie, garante d'une continuité des soins » (O'Reilly, 2003).

Les objectifs sont multiples : médicaux, sociaux, thérapeutiques, organisationnels, sécuritaires, idéologiques, économiques… et nécessitent de réinterroger nos pratiques pour :

- Assurer au patient une continuité dans la distribution des soins et services requis par son état de santé ;
- Favoriser une plus grande autonomie dans la prise en charge des patients en suscitant le partenariat ;
- Mettre en place des conditions de collaboration et de coopérations entre médecins, infirmiers, et autres intervenants par une approche interdisciplinaire ;
- Orienter les intervenants vers l'atteinte de résultats cliniques ;
- Optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles en utilisant le case management comme un outil de gestion tant interne qu'externe ;
- Diminuer la durée moyenne de séjour ;
- Diminuer les hospitalisations, les réadmissions…

De manière générale, le case manager est celui chargé de coordonner les besoins, la stratégie et les interventions auprès des différents intervenants. Appliqué au cas hospitalier, il est chargé d'accompagner le patient dans une relation stable et durable dans le cadre d'un suivi personnalisé et systématique.

Le cas développé dans la littérature est celui du « population management » du NHS ; dans le cadre de soins trop complexes pour pouvoir être organisés spontanément, le management est réalisé par une personne, le plus souvent une infirmière, chargée de mettre en relation les différents éléments de soins du patient. La littérature insiste sur le rôle imparti à chaque acteur dans le cadre de cet accompagnement personnalisé :

- Le médecin traitant est confronté à une obligation de moyens, voire de résultats pouvant faire l'objet d'un contrat sous-jacent à une rémunération forfaitaire partiel à la qualité ;
- L'hôpital doit accepter de transférer certaines tâches vers la ville pour se concentrer sur des tâches spécifiques ;
- Les réseaux santé peuvent contribuer au développement des services d'éducation tout en s'appuyant sur les médecins traitants ;

Le métier de coordonnateur de soins est défini à partir de deux éléments : après une évaluation des besoins de la personne de son cadre de vie, le case manager définit un plan de

conseils, de services personnalisés et le met en œuvre en lien avec l'entourage et les différents partenaires impliqués dans la prise en charge.

Ceci suppose la mise en place d'outils communs permettant de créer du lien entre les partenaires (dossier commun, protocole validé de prise en charge, communication organisée entre partenaires). C'est ainsi que le modèle de la CSE se veut garant de la déclinaison effective de pratiques reconnues pour leur apport à la qualité des soins et à l'optimisation des ressources en favorisant les relations entre acteurs. N'est-ce pas là le rôle attendu d'un contrôle de gestion ?

7.2.2.2 Un modèle qui s'inscrit dans des typologies des modes de coordination

Outre la littérature propre au champ de la santé, des éléments plus généraux peuvent être trouvés sur la base de typologies des modes de coordination existantes. Indépendamment du secteur de la santé, la littérature en gestion fait apparaître deux typologies mobilisables pour étudier la coordination entre acteurs.

– La première typologie distingue expression « formelle » et expression » informelle » ; l'expression « formelle » renvoie à des éléments objectifs et quantifiables, tels que le nombre de participants à une réunion, le rythme ou la fréquence d'une tâche à accomplir. A l'inverse, l'expression « informelle » s'appuie sur des éléments plus subjectifs tels que la confiance entre les acteurs, l'habitude des professionnels à travailler entre eux. La distinction « formel / informel » semble constituer un cadre d'analyse privilégié pour étudier le lien entre l'hôpital et le médecin généraliste dans le cadre d'une approche descriptive, tel qu'il existe aujourd'hui. Dans une perspective plus normative, la mise en œuvre récente d'une évaluation annuelle et systématique des prestataires basée sur une série de critères validés au préalable témoigne de la nécessité de mettre en œuvre des actions formelles dès lors que la confiance ne suffit plus à réguler les acteurs et rend les efforts de coordination inefficaces. Cette évolution atteste de la possibilité de transférer des activités informelles vers davantage de formalisation.

– La seconde typologie s'intéresse au caractère standardisable de l'action à coordonner. Elle s'appuie sur deux approches : l'approche programmée qui identifie les responsabilités et activités dont la coordination peut être anticipée et prévisible ; elle est donc adaptée à des procédures routinières où l'enchaînement des étapes est connu. L'élaboration de procédures à suivre constitue un exemple d'activités de type programmé. A l'inverse elle n'est pas adaptée aux cas jugés atypiques ou complexes, caractérisés, par définition, par un haut degré

d'incertitude. Dans ce second cas, on privilégiera une approche « feedback » favorisant la transmission de l'information selon une vision informelle entre pairs. Certains auteurs expliquent qu'une coordination optimale est atteinte lorsque les approches programmées et feedback sont assurées simultanément.

Au final, ces deux aspects, « formel/informel », et « programmé/imprévu », donnent une assise théorique au cadre évaluatif des modes de coordination analysés. Tout l'enjeu consiste donc à croiser ces deux typologies en vue de positionner les activités et actions de coordination qui en découlent. Ce travail peut être mené, dans un premier temps, dans le cadre d'une approche statique et d'une description des activités telles qu'elles existent aujourd'hui puis, dans un deuxième temps, dans une perspective dynamique en vue d'étudier les modalités de transfert d'une activité de son caractère informel à un caractère formel et / ou de son caractère imprévu à un caractère programmé (évolutions récentes par rapport à des situations passées inefficaces ou mesures nouvelles à mettre en place dans le cadre d'actions souhaitées favorables à une coordination plus efficace des acteurs).
L'étude de ces mécanismes de coordination et le rôle joué par un coordonnateur de soins de type Case manager passe par le choix d'une pathologie pour laquelle les besoins de coordinations sont majeurs pendant et après les traitements. Or, les progrès thérapeutiques, le développement des prises en charge ambulatoires, rendent indispensable une coopération personnalisée autour du patient souffrant d'un cancer et de son médecin traitant, de tous les intervenants, libéraux comme hospitaliers.

Conclusion du chapitre 7

La création d'une cellule de Coordination de Soins Externes offre un cadre de réflexion original puisque positionné à l'interface entre Hôpital et Médecine de ville. Or, à mesure que le niveau de l'organisation s'accroît, le nombre d'intervenants dans la relation de soins augmente également. Ces acteurs ont pour particularités de détenir des savoirs qui leurs sont propres mais révisables dès lorsqu'ils sont articulés entre eux. Cette articulation semble permise par la création d'une structure de coordination qui apparaît comme un catalyseur dans le processus de conception du contrôle de gestion que nous étudions.

Pour autant, notre étude présente une limite. En restant essentiellement dans le diagnostic organisationnel, seul le stade de la modélisation est abordé. Dans quelle mesure est-il alors possible d'instrumenter une telle démarche de coordination. L'étude de l'impact de ces mode de coordination tant sur le plan de la qualité de la prise en charge des patients qu'en termes financiers à travers des indicateurs tels que le nombre de réhospitalisations évitées, la réduction des doublons de prescriptions pourraient alors contribuer à la construction d'outils de suivi d'une telle structure et de son intérêt médico-économique. Une telle objectivation permettrait ainsi de renforcer le modèle et donc en favoriser le déploiement en interne, en limitant toute critique mais aussi inciter d'autres établissements à développer de telles pratiques.

Au final, l'étude ne pourrait-elle pas aboutir à la formalisation de recommandations en vue de la mise en place de dispositifs semblables au sein d'établissements de santé spécialisés en cancérologie et d'une éventuelle adaptation à d'autres structures et / ou pathologies. A terme, ce projet pourrait se traduire par la formalisation d'un dispositif de retour au domicile sur le modèle du dispositif d'annonce de la maladie récemment mis en œuvre. Le passage à ce niveau de formalisation confirme toutefois la nécessité d'un retour sur expérience grâce à l'outil et à plus long terme l'instrument pour piloter de telles démarches.

D'autres expériences de coordination sont également tentées quel que soit le mode de sortie en vue de renforcer les tentatives de formalisation de la filière aval Hôpital – Domicile, avec pour point de départ une évaluation sociale du profil des patients et au final la construction d'indicateurs regroupés en trois catégories (indicateurs connus en routine - indicateurs "retravaillés" sur la base d'une extraction - enquête de satisfaction). On remarque cette fois-ci la volonté d'associer dès le début la construction de l'outil en même temps que

l'expérimentation et la nécessaire phase de modélisation. En effet, l'étude démarre par un état des lieux qui vise à définir des parcours de soins selon les traitements proposés (chirurgie seule, chirurgie et radiothérapie, radio-chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) et selon que le traitement proposé permet une préservation des fonctions (parler, manger) ou non. Cette modélisation suppose aussi de définir le parcours « après cancer » en tenant compte de la prise en charge des séquelles, un calendrier de surveillance intégrant le dépistage de rechute et d'un second cancer, une proposition de sevrage alcolo-tabagique. Sur cette base, les modalités d'information des patients et de leur entourage font partie de la modélisation du process, qu'il s'agisse de la validation des supports, du recours pour les patients à un support audio-visuel, déjà expérimenté avec succès dans le cadre de démarches d'éducation thérapeutique, et enfin de la validation du circuit des informations. Dès le départ, l'enjeu repose sur l'identification de moments clés dans le parcours pouvant nécessiter une réévaluation de la situation et un ajustement des propositions. L'infirmière référente est aussi responsable de la circulation de l'information, de la mise à jour des données permettant la production des indicateurs du projet et doit mobiliser les divers intervenants internes et externes autour du patient.

Outre cette étape de modélisation, la construction d'indicateurs a pour objectif de permettre l'obtention d'une image la plus précise possible des parcours effectivement réalisés et voir ainsi dans quelle mesure les actions entreprises modifient et améliorent le parcours de prise en charge. Ces indicateurs portent sur :

- Le nombre de patients effectivement inclus
- L'évaluation de l'information reçue pour le patient (enquête de satisfaction) et pour le médecin traitant (délai de réception des courriers, satisfaction sur le contenu des informations reçues)
- L'apport du programme pour améliorer la fluidité des parcours de prise en charge : durée moyenne d'hospitalisation, devenir des patients en cas de retour au domicile avec infirmiers libéraux HAD ou soins de suite, durée moyenne de séjour à domicile, pourcentage de ré-hospitalisations non programmées (en particulier via les Urgences), pourcentage de prises en charge effectives par le service social, pourcentage de patients inclus dans un Réseau Ville – Hôpital
- L'évaluation de « l'après cancer » : pourcentage de patients ayant recours à un spécialiste pour gestion de séquelles (médecin de la douleur, diététicienne et médecin nutrition, intervenant social, psychologue , kinésithérapeute, orthophoniste, stomatologue et prothésiste …), pourcentage de patients en sevrage alcolo-tabagique (parmi les patients

concernés), pourcentage de patient intégrant le programme de dépistage des rechutes et seconds cancers, enquêtes de satisfaction globale ciblant les patients, leur entourage, les médecins traitants mais également les médecin référents hospitaliers et les infirmiers.
Finalement les problématiques identifiées dans une telle démarche de modélisation avec construction d'indicateurs en parallèle concernent essentiellement la rapidité de la circulation des informations et la pertinence du contenu c'est-à-dire l'adaptation à chacun des destinataires (le patient, son entourage et son médecin traitant, mais aussi l'équipe hospitalière et les intervenants libéraux. C'est la raison pour laquelle plusieurs indicateurs sont consacrés à cette question.

Ces deux expériences de coordination des soins dans la prise en charge des patients atteints de cancer attestent ainsi de l'importance de l'évaluation psycho-sociale, renforçant ainsi l'idée que les seuls savoirs médicaux ne suffisent pas dans le cadre de prises en charge intégrées et personnalisées. La coopération entre professionnels de santé, malgré ses difficultés en termes d'organisation et d'évaluation, semble ainsi confirmée.

Plus généralement, le cas du cancer et d'une organisation nouvelle à la frontière de l'hôpital s'inscrit dans une problématique plus générale du système de santé face au développement des pathologies chroniques qui va dans le sens d'une nécessaire coopération entre médecine de ville et hôpital. Les questions organisationnelles en termes de coopérations entre des professionnels de santé pour permettre une prise en charge coordonnée et individualisée apparaissent encore plus complexes avec pour corollaire la problématique du financement dès lors que la pris en charge ne peut plus être essentiellement hospitalière, au contraire. Quel modèle peut permettre d'appréhender ces questions nouvelles ? Sur quel périmètre et à quel horizon temporel peut-on envisager un pilotage de la santé agrégé à un niveau encore supérieur qui reste à définir ? Notre troisième terrain de recherche doit nous permettre d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions en intégrant un niveau de l'organisation supérieur.

Chapitre 8. Le territoire de santé comme troisième terrain de recherche : étude d'un projet médical partagé entre médecins libéraux et hôpital et proposition de construction de comptes locaux de la santé

8.1 Un projet de pôle santé du territoire 266

8.1.1 Le projet médical du pôle santé 267

8.1.1.1 Eléments de contexte : des motifs d'insatisfaction pour les médecins libéraux 268

8.1.1.2 Des axes de travail communs 269

8.1.2 La problématique du tableau de bord : un compte local de la santé..... 271

8.1.2.1 Eléments de modélisation génériques 271

8.1.2.2 Problématique concrète de recueil des données et de construction de l'outil 274

8.1.2.3 Résultats et évolutions par rapport au projet initial 276

8.2 Du système de soins au système de santé 279

8.2.1 Un modèle innovant favorable à l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) 279

8.2.1.1 Retour d'expérience : rôle de l'infirmier(ère) libéral(e) dans le cadre d'une prise en charge partagée des patients diabétiques au sein d'un cabinet libéral de médecins généralistes 279

8.2.1.2 L'éducation thérapeutique : le patient acteur de sa propre prise en charge 281

8.2.2 Apport des réseaux Ville-Hôpital à la coordination des soins entre professionnels de santé 281

8.2.2.1 Coordination et planification : l'hôpital surdimensionné et les réseaux comme potentiel de prise en charge 282

8.2.2.2 Evaluation des réseaux de santé et confrontation au cas du projet de pôle santé 283

Conclusion du chapitre 8 285

Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, la démographie médicale, les souhaits de nouvelles conditions d'exercice des médecins, une forte demande de reconnaissance des professions paramédicales sans oublier la maîtrise des dépenses de santé sont autant d'arguments qui plaident en faveur d'une nouvelle organisation des soins primaires en France. Dès Octobre 2003, le rapport du Professeur Berland faisait état d'une nécessaire organisation du transfert des compétences entre professionnels de santé.

Les projets menés en réponse à cette problématique récente retiennent des démarches visant à une prise en charge intégrée des problèmes de santé sur un territoire donné. Ceci suppose alors un pilotage par l'ensemble des parties prenantes, de nouvelles relations interprofessionnelles et de nouvelles relations avec la population. Pour autant, peu de moyens permettent de rendre visibles les effets de tels projets et de les piloter. L'enjeu est réel, dans la mesure où le périmètre est le territoire de santé, il peut générer des évolutions sensibles des flux de prestations sur le territoire, mais aussi entre ce territoire et les autres espaces territoriaux. Il semble donc utile également de mettre sur pied une photographie d'ensemble synthétisant ces flux. Un tel descriptif quantifié peut s'appuyer sur les comptes nationaux de la santé ici déclinés au niveau régional en vue de symboliser l'autonomie du pilotage territorial du système de santé et d'envisager de nouvelles formes de délégation financière plus larges que celles qui existent actuellement.

C'est à l'élaboration d'un tel outil que s'est attaché un groupe de travail réunissant hospitaliers (administratifs et médecins) et praticiens de ville, accompagnés dans leur projet par des chercheurs de l'IRDES et de l'Ecole des Mines de Paris, et ayant pour mission de préciser les rôles et les modes de fonctionnement d'un pôle régional de santé.

Le contexte est celui d'une diminution à venir du nombre de médecins, d'aspirations des jeunes professionnels de santé à exercer dans d'autres conditions que leurs aînés, et de l'évolution de la demande et des besoins de soins et de santé des populations qui imposent une réorganisation de l'offre de soins, vers des pratiques plus coordonnées, plus collectives et plus préventives.

Pour répondre à ces défis, plusieurs acteurs de la santé (médecins généralistes, laboratoires d'analyses médicales, cabinet de radiologie, hôpital du Haut Anjou…) présents sur le territoire se sont engagés dans un projet expérimental d'organisation des soins. Un tel projet vise à expérimenter une nouvelle organisation de l'offre de soins associant étroitement les acteurs

du système de soins ambulatoires et les acteurs du système de soins hospitaliers mais également de nouvelles modalités de pilotage du système de soins local. Il se décline selon les trois axes, architectural, fonctionnel et financier suivants :

1 - Renforcer la collaboration entre les différents acteurs notamment en réunissant physiquement les différents professionnels avec des statuts différents au sein d'une même structure au sein de l'hôpital.

2 – Expérimenter des pratiques nouvelles en médecine mettant l'accent sur le suivi préventif et l'éducation thérapeutique des patients par le biais de modalités nouvelles de coopérations interprofessionnelles et notamment infirmiers(ères) /médecins.

3 – Expérimenter un suivi des dépenses et des recettes d'assurance maladie sur le territoire. Ce volet comprend la réalisation d'un tableau de bord de suivi des dépenses et des recettes et vise à terme une délégation d'enveloppe de l'Assurance Maladie pour le territoire concerné.

L'ambition d'un tel projet est double ; illustrer l'intuition générale d'un lien à développer entre l'hôpital et la médecine de ville et décrire les conditions concrète de mise en œuvre d'un tel projet. La difficulté est réelle puisque le périmètre de l'organisation est nouveau et l'ensemble des modes de fonctionnement est à décrire au même titre que les instruments nécessaires au pilotage. En partant de la description du projet de pôle santé du territoire, qu'il s'agisse de la construction d'un projet médical et de sa traduction en termes de comptes locaux de la santé (8.1), nous proposons quelques formes nouvelles de gestion de la santé à l'échelle macroéconomique, illustrant ainsi le passage d'un système de soins au système de santé allant dans le sens d'un contrôle de gestion médicalisé (8.2).

8.1 Un projet de pôle santé du territoire

Le terrain étudié a pour objectif de mettre l'accent sur l'originalité du projet quant au contrat entre un hôpital et des médecins libéraux autour d'un projet médical commun. L'objectif affiché est donc de construire des modalités de travail qui permettent d'exercer une médecine de meilleure qualité, ce qui veut dire faire mieux et donc parfois autrement que ce qui est fait actuellement tout en ouvrant le champ de l'activité, par exemple vers plus de prévention et d'éducation thérapeutique, voire d'éducation de la santé. Ceci suppose de mettre en place des

pratiques organisées plus collectivement et de travailler sur la question de la délégation de tâches. L'exercice est complexe pour des médecins peu habitués à « faire ensemble », avec pour autre enjeu la satisfaction au travail, la formation et le recrutement de médecins. Ceci exige des médecins à la fois beaucoup de sens critique, d'imagination et une capacité à changer leurs pratiques. L'autre point fort et innovant du projet repose alors sur la problématique du tableau de bord selon une logique de compte local de la santé.

8.1.1 Le projet médical du pôle santé

La méthode retenue s'est déroulée en deux temps :

– Dans un premier temps, trois séances de travail de type « brainstorming » ont été organisées avec les médecins du cabinet libéral, lesquels se sont exprimés sur les conditions de leurs pratiques, à la fois individuelles et collectives, les difficultés qu'ils rencontrent et les manques qu'ils peuvent déceler à la fois dans leur manière d'organiser leur travail et la nature de leurs liens avec l'hôpital. Il en résulte une synthèse des activités à développer et des liens à construire avec l'hôpital mais aussi avec l'ensemble des acteurs s'inscrivant dans l'environnement sanitaire ;

– Dans un second temps, le travail a été poursuivi avec trois médecins de l'hôpital pour discuter avec eux des thèmes de travail communs nécessitant de nouvelles formes de coopération à partir desquelles pourrait se construire une partie du contenu du projet médical du futur pôle de santé.

Les axes de travail retenus doivent alors être repositionnés dans la genèse du projet, lequel est né de la confluence d'intérêt entre le directeur de l'hôpital désireux de mener un projet de santé publique territorial jugé nécessaire à la fois pour la santé de la population concernée et pour redonner tout son sens à l'action sanitaire de l'hôpital, et le «leader» d'un cabinet libéral qui, conscient du risque de voir disparaître son outil de travail faute de renouvellement des générations souhaite modifier les modalités d'exercice des médecins libéraux de façon à pouvoir attirer de jeunes médecins tout en permettant à l'ensemble du groupe actuel d'assumer au mieux ses obligations professionnelles.

Les résultats sont présentés de manière chronologique en partant des principaux motifs d'insatisfaction des médecins libéraux pour aboutir à quelques axes de travail en commun avec l'hôpital.

8.1.1.1 Eléments de contexte : des motifs d'insatisfaction pour les médecins libéraux

De façon générale, l'enjeu réside dans le maintien d'un outil de travail et de pratiques aptes à attirer les futurs médecins et donc à sauvegarder une présence médicale suffisante. Le sentiment général partagé par les médecins est celui de faire « une médecine d'abatage » issue de plusieurs contraintes : une demande excessive de la part des patients qui ne permet pas d'assurer certaines prestations, réfléchir à sa pratique et assurer une qualité adéquate de service en lien avec les potentialités offertes par le territoire. Ces difficultés résultent de deux sources, l'une organisationnelle, propre au cabinet, l'autre liée à la prise en charge de certaines pathologies et les liens avec d'autres professionnels de santé.

L'insatisfaction est née, au niveau du cabinet, de la mauvaise gestion des consultations « urgentes », ou tout du moins, perçues comme telles par le patient. Les raisons évoquées sont multiples, depuis le manque d'organisation du triage au niveau du secrétariat jusqu'à l'incapacité de certains médecins à « résister » à des demandes qu'eux même qualifient souvent d'« abusives ». La proposition faite d'une demi-journée durant laquelle un médecin serait exclusivement en charge de ces patients n'a finalement pas abouti dans la perspective du rapprochement annoncé avec l'hôpital en charge du triage et donc de la régulation de la demande. Si les responsables de cette situation sont les patients angoissés et demandeurs de consultations itératives, la réflexion pourrait aussi porter sur l'organisation de l'offre mise en place, susceptible d'induire partiellement cette forme de demande.

De plus, les médecins généralistes, pourtant réunis au sein d'un même cabinet bénéficiant d'une proximité géographique réelle, se révèlent être dans l'incapacité de mettre en œuvre un travail collectif voire même des réunions formelles avec un programme de travail bien défini (groupe de pairs, actions de formation continue), les seuls points de rencontres étant des réunions informelles entre certains médecins pour régler des problèmes urgents de gestion des remplacements essentiellement.

Outre ces problématiques organisationnelles, des difficultés apparaissent sur le plan de la pratique clinique en lien avec les autres professionnels de santé. C'est tout particulièrement le cas des liens avec les infirmier(ères) libéraux(les) considérés comme difficiles notamment dans le cadre de la prise en charge des malades chroniques en matière de suivi des patients diabétiques pour l'ajustement des doses d'insuline, de dépistage précoce et de suivi de l'asthme ou encore du suivi des malades hypertendus peu formés à l'automesure. Une autre

source de difficultés apparaît dans le cadre de la pédiatrie. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) se révèle en effet insuffisante générant ainsi une forte demande de consultations notamment dans le cadre de la pédopsychiatrie et du déficit de structures de prise en charge des enfants hyperactifs et adolescents ou de difficultés d'accès au Centre Médico Psychologique (CMP). Il en résulte des problèmes de santé publique nouveaux et inquiétants tels que la prévalence croissante des obésités morbides infantiles.

Ce premier temps a ainsi permis de faire remonter un certain nombre de motifs d'insatisfaction de la part des médecins généralistes.

8.1.1.2 Des axes de travail communs

Globalement les dysfonctionnements identifiés dans la prise en charge des malades sont liés à la mauvaise circulation de l'information de l'hôpital vers le cabinet et du cabinet vers l'hôpital. Ces problèmes correspondent à différentes situations : passage « spontané » aux urgences, adressage aux urgences, décès, sortie après hospitalisation, prises en charge particulières telles que l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Si les médecins généralistes se plaignent de ne pas être informés de l'évolution de l'état de santé de leur patient, au départ de l'hospitalisation ou à l'inverse à sa sortie, les médecins hospitaliers sont quant à eux demandeurs d'informations détenues par le seul médecin généraliste sur le plan médical (antécédents, patient en ALD…) et social (implication de la famille, patient isolé…) qui conditionnent le type de prise en charge et le traitement susceptibles d'être proposés.

L'intérêt d'une proximité géographique entre le cabinet médical et l'hôpital résulte alors dans la possibilité d'échanges et de rencontres facilitées. La mise en œuvre d'un système d'informations commun semble également prometteur pour mettre à disposition ces informations via un dispositif d'annonce automatique de l'hospitalisation d'un patient au médecin généraliste et / ou un accès partagé au dossier médical.

Enfin, outre les épisodes aigus d'hospitalisation, le suivi au long cours des pathologies chroniques constitue un défi important dans le cadre d'un tel rapprochement entre médecine de ville et hôpital. L'exemple du diabète est significatif. Le cabinet a ainsi évalué le nombre de ses patients diabétiques à environ 400 à partir d'une requête effectuée dans son système

d'informations sur la base de prescriptions de médicaments utilisés dans la prise en charge du diabète. L'enjeu réside dans un travail commun avec les infirmiers(ères), le service de diabétologie et les réseaux diabète. La difficulté provient alors du caractère chronophage d'une telle prise en charge au long cours et notamment la question de l'éducation thérapeutique. Par ailleurs, le réseau ville - hôpital est mal perçu : captation des malades sans retour d'information, ni collaboration. L'importance de la file active permet d'envisager la construction d'un réseau territorial avec l'hôpital. Mais il faudrait une plus grande concertation avec le service de diabétologie de l'hôpital et s'emparer de la question de l'éducation thérapeutique du patient en utilisant mieux les compétences existantes. Les médecins ont une attitude variable vis à vis de cette question : pour certains qui ne souhaitent pas y consacrer de temps, déléguer peut néanmoins s'avérer difficile car vécu comme une perte de pouvoir symbolique. D'autres, au contraire, voudraient se former. Plusieurs solutions pourraient être envisagées, de l'embauche d'une infirmière pour lui déléguer cette tâche à la mise en œuvre d'une véritable démarche d'éducation thérapeutique. L'autre question est alors celle du financement sur la base d'une Mission d'Intérêt Général.

Plus globalement, c'est la question de la délégation de tâches qui est posée avec l'ensemble des professionnels paramédicaux libéraux mais aussi avec ceux de l'hôpital. Outre le diabète, les suivis de l'asthme, de l'hypertension, et de l'insuffisance cardiaque sont des candidats potentiels à ces nouvelles pratiques partagées et coordonnées.

Enfin le rapprochement entre ces deux structures est porteur en termes de recherche et d'enseignement ; il constitue un lieu de formation privilégié pour les internes.

Au final, le projet médical se veut innovant car il propose un cadre concret de réponses à des préoccupations suggérées au niveau national, qu'il s'agisse de délégations de tâches, de l'éducation thérapeutique et donc d'une nouvelle articulation entre médecine de ville et hôpital dans un contexte particulier qu'est celui de la monté en charge des pathologies chroniques. De ces évolutions peuvent être attendues de nouvelles façons d'appréhender la médecine tant du point de vue du patient en termes de consommation de soins que des professionnels de santé en termes de production de soins. La construction d'un tableau de bord en parallèle doit permettre d'accompagner cette démarche et notamment d'identifier les fuites et l'attractivité du territoire, sur la base d'un état des lieux initial puis au regard des nouvelles pratiques issues de la réorganisation envisagée.

8.1.2 La problématique du tableau de bord : un compte local de la santé

L'optique de construction d'un tableau de bord permettant le suivi des dépenses et des recettes de l'Assurance Maladie est générique, c'est-à-dire qu'elle consiste à élaborer un outil le plus général possible, adapté aux différentes configurations territoriales. Dans ce cadre, le projet constitue un test de faisabilité pour une telle ambition, ce qui implique de distinguer tant au niveau de la formalisation que des résultats, ce qui est spécifique au territoire concerné, ce qui ne l'est pas, et ce qui, dans le spécifique est adaptable à d'autres situations qu'il s'agisse de types de prestations ou de territoires concernés.

8.1.2.1 Eléments de modélisation génériques

Le modèle consiste à mettre en évidence la consommation et la production de soins sur un territoire donné ainsi que les mouvements entre plusieurs niveaux de territoire en termes d'attractivité et de fuite. Cette démarche consiste donc à construire des « comptes locaux de la santé » inspirés des comptes nationaux de la santé (Annexe 2) quant à la nomenclature des prestations prises en compte.

L'intérêt de la démarche repose également sur l'élaboration d'un modèle complet faisant apparaître les « fuites » et l'attractivité du territoire, autrement dit la consommation et la production sur et entre les territoires[20]. Soulignons ici que la notion de « fuite » ne doit pas être interprétée négativement et que le modèle doit permettre d'apprécier la pertinence d'une fuite au regard des besoins de santé des habitants exprimés sur le territoire et de l'offre existante ou inexistante pour y répondre. Dans les faits, cinq réunions du groupe de projet ont été consacrées au modèle et à son développement.

Le tableau d'échanges est conçu, pour sa partie dépenses, autour de deux types de données :

i. Une liste des codes communes correspondant aux territoires analysés

On retient ainsi *a priori* quatre niveaux:

- Territoire de proximité (l'objet princeps de l'analyse) ;
- Territoire de recours

[20] Nous utilisons ici l'expression « tableau d'échange » indifféremment de celle de « tableau de bord » puisque ce dernier vise l'analyse des flux de consommation et de production de soins.

- Région
- « Reste du monde »

Pour chacun de ces territoires, il est possible de dresser une liste des communes composant le territoire. De manière générique, chacun des sous-territoires s'imbrique dans un territoire plus grand, le niveau de granularité le plus fin étant la commune.

D'autres niveaux de territoires plus fins auraient pu être considérés ; ainsi, pour le cas étudié, a-t-il été prévu d'examiner les comptes pour un niveau dit « d'immédiate proximité », cohérent avec les zones couvertes par les gardes de généralistes.

ii. Une liste des types de prestations de soins

Cette liste de soins correspond aux postes de dépenses que l'on souhaite étudier. A partir des comptes nationaux de la santé, elle peut être déclinée à un niveau plus fin en distinguant CHU, CH et hôpitaux locaux pour les soins hospitaliers ex-DG. Pour la médecine de ville, on pourrait distinguer Médecine généraliste, Médecine Spécialiste, Pharmacie, Imagerie, Biologie, Kinésithérapeutes, Infirmiers(ères), Radiothérapie, Transports, ou aller encore à un niveau plus fin pour les spécialités (pneumologues, gastro-entérologues...).

Les dépenses retenues dans un premier temps ont été celles de l'Assurance Maladie (tous régimes) avec application d'un taux forfaitaire pour englober l'ensemble des débours du fait de la difficulté à obtenir l'ensemble des dépenses des autres payeurs (usagers, mutuelles). Précisons enfin, qu'une tentative d'extension du périmètre au médico-social (personnes âgées, handicap, enfance inadaptée) a été engagée, mais les contacts à la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et au Conseil Général ont conduit, devant les difficultés prévisibles d'obtention des données, à se focaliser dans un premier temps sur le périmètre santé, au sens du compte national déjà évoqué (hospitalisation publique et privée, soins de ville, médicaments, transports, prévention)

La démarche d'élaboration du tableau d'échange (volet dépenses) s'effectue alors en deux temps :

i. Construction d'un tableau d'échange par commune

Pour chaque type de prestations retenues, il s'agit de construire une matrice présentant en ligne la consommation de soins des patients résidants dans la commune i et en colonne la production de soins des prestataires de soins localisés dans la commune j. Les communes « origines » explorées sont les communes du territoire sous examen. Les communes

« destinations » trouvées peuvent évidemment être quelconques (on aura un regroupement de codes communes inconnus par « Etranger ») et seront regroupées dans les territoires de niveau supérieur.

ii. Construction d'un tableau d'échange par territoire

Le principe est le même que ci-dessus, les données étant agrégées au niveau du territoire analysé. Il y a autant de tableaux que de types de prestations de soins. Il est alors possible de construire un tableau de synthèse générique faisant apparaître les flux Territoire / Hors territoire.

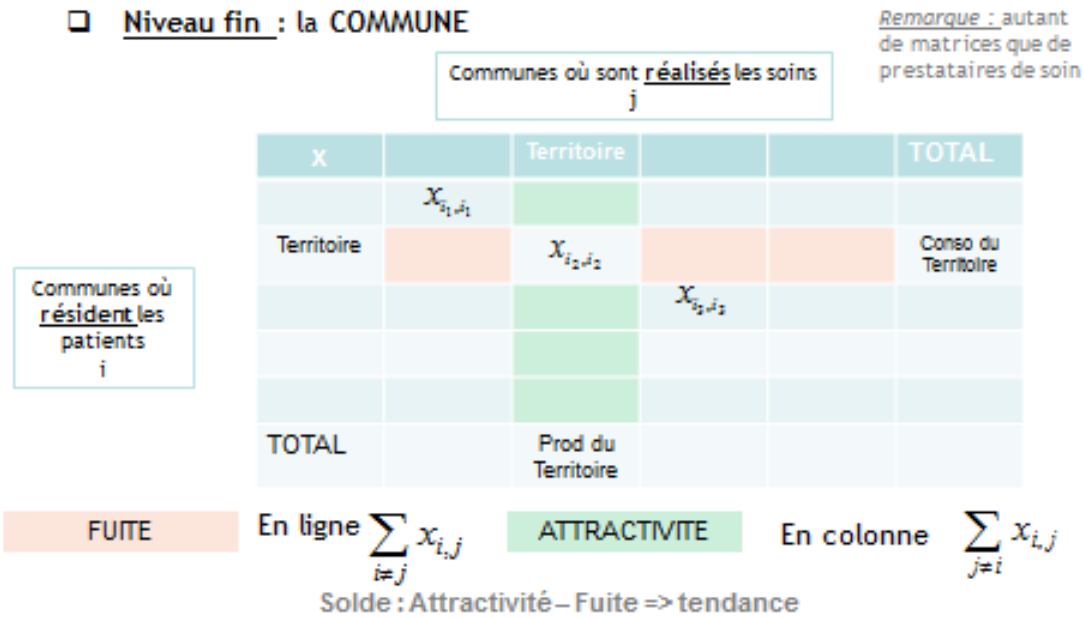


Figure 29 : Principe du tableau d'échange et présentation sous forme de matrice

Le tableau d'échange est conçu, pour sa partie recettes, sur la base d'une simplification. En effet, le financement de l'Assurance Maladie étant assuré par l'habitant, il semblerait donc pertinent de reconstruire les recettes (cotisations, CSG…) du territoire. A terme, la contribution du territoire au financement national peut être une donnée intéressante. Pour autant, les difficultés de recueil des données auprès des institutions qui collectent incitent à travailler dans un premier temps avec une hypothèse simplificatrice ; à partir des recettes totales telles qu'elles apparaissent dans les comptes nationaux de la santé, il est possible de calculer une recette moyenne par habitant et ainsi reconstruire proportionnellement le niveau de recettes du territoire via le nombre d'habitants qui le composent.

Au final, il convient de distinguer le modèle général développé ci-dessus dans toute sa généricité et le travail effectué au sein du groupe de projet, travail qui, dans le temps limité où il s'est déployé (mai 2009-novembre 2009), ne peut être considéré que comme un test de faisabilité d'obtention des données à la fois les plus importantes en valeur et les moins difficiles à obtenir *a priori* (existence de bases de données).

8.1.2.2 Problématique concrète de recueil des données et de construction de l'outil

L'expérimentation de construction du tableau d'échange a porté sur le premier agrégat des Comptes de la Santé, à savoir la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux). Les autres composantes de la Dépense Courante de Santé (DCS), soins aux personnes âgées, indemnités journalières, prévention, recherche, subventions, coûts de gestion n'ont pas fait l'objet d'investigations. Elles sont moins utiles dans un tableau d'échanges entre un territoire et les autres que dans l'optique de reconstituer un budget global lié au territoire, donc dans celle d'une confrontation aux recettes et / ou de délégation au local d'une enveloppe santé. Si certaines composantes ne posent pas trop de problèmes de mesure (les indemnités journalières, incluses dans les bases Assurance Maladie), d'autres davantage (prévention par exemple), car elles ne pourraient s'estimer que par des monographies.

Les seules bases de données existantes susceptibles d'alimenter le volet dépenses d'un tel projet sont celles de l'Assurance Maladie et celles liées à l'hospitalisation, avec la généralisation du PMSI et de sa traduction tarifaire, la T2A (Tarification à l'Activité). Le choix a donc été fait de faire appel à ces deux sources.

Il serait toutefois possible de s'adresser uniquement à l'Assurance Maladie, dans la mesure où celle-ci récupère maintenant dans ses fichiers les RSA (Résumés Standardisés Anonymisés)[21]. D'un autre côté, les hospitaliers ont facilement accès à la base nationale des RSA et il a semblé plus commode de faire deux calculs séparés, l'un sur l'hospitalisation, l'autre sur la médecine de ville, d'autant qu'en principe il faut, concernant l'Assurance Maladie, passer par le SNIIRAM (Système National Inter-Régimes de l'Assurance Maladie), opération dont certaines

[21] Ceci permettrait par ailleurs de reconstituer des trajectoires de patients, opération utile pour l'analyse des filières de soins, mais on serait alors obligé de passer par une autorisation de la CNIL permettant l'accès à des données indirectement nominatives, et donc de subir un délai supplémentaire important dans le recueil des données.

expériences précédentes ont permis de mesurer les difficultés. Au final, le test effectué porte sur les soins aigus hospitaliers et de ville, l'enveloppe correspondante correspond à peu près à 88 % de la CSBM, et 70 % de la DCS[22] .

Deux cahiers des charges ont donc été élaborés, l'un à destination de la CNAMTS, l'autre à destination de l'association MARTAA (Mission d'Accompagnement Régional à la Tarification à l'Activité), qui a bien voulu, par l'intermédiaire du médecin DIM d'un établissement hors du territoire, se charger de cette partie du tableau de bord.

Concernant les données de médecine ambulatoire, cinq tableaux de bord, ou tableaux d'échanges économiques, doivent être élaborés, l'un pour le territoire de proximité, les quatre autres pour les territoires d'immédiate proximité, le premier s'obtenant par des sommations sur les quatre autres. Pour un territoire donné, quel qu'il soit dans la nomenclature ci-dessus, il est envisagé d'obtenir les agrégats de dépenses suivants, en dépenses remboursées et si possible en dépenses totales, sur une année : consultations médecins généralistes, consultations médecins spécialistes, dépenses de pharmacie, imagerie, laboratoires, radiothérapie, infirmiers(ères) libéraux(ales), kinésithérapeutes, autres actes paramédicaux, transports patients, transports professionnels… De plus, les bases de données de la CNAMTS permettent également de mesurer les Indemnités Journalières (IJ).
Pour chaque agrégat et pour chaque territoire, il s'agit d'obtenir la décomposition selon la zone de prise en charge des habitants du territoire, et selon la zone d'appartenance des habitants hors territoire pris en charge dans le territoire. Le hors territoire peut renvoyer au territoire de proximité si l'on s'intéresse au niveau infra ou encore à ce qui est appelé territoire de recours dans le cadre du SROS, la région, ou le « reste du monde ». Mais à ce niveau, le groupe projet a souhaité garder une certaine flexibilité : la consommation hors territoire des habitants du territoire de l'agrégat considéré est mesurée pour chaque commune extérieure au territoire ; de même, les prestations du territoire pour les habitants hors territoire sont repérées par commune d'appartenance des usagers correspondants. La base ainsi constituée doit permettre des regroupements intéressants par la suite, y compris sur des données non individualisées qui n'obligent pas à passer par une autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

[22] On aura compris qu'il s'agit de pourcentages nationaux, qui peuvent être sensiblement différents dans le cas d'un compte de santé local.

De ce travail avec la CNAMTS, il résulte un certain nombre de débats quant à la faisabilité d'un tel schéma et le dessin général des requêtes que les informaticiens pourraient concevoir. En particulier, « quels sont les codes géographiques utilisés ? Peut-on obtenir des agrégats directement par canton ? Dans quels délais ce recueil de données est-il possible ? Peut-on envisager une routine annuelle de mise à jour et de publication de cet outil ? »

Concernant les données hospitalières, le travail se décompose en deux volets :

- Un volet consommation qui passe par la valorisation T2A liée aux hospitalisations des habitants de ce territoire, en distinguant les hospitalisations effectuées dans le territoire même et celles effectuées en dehors du territoire ;
- Un volet production qui passe par la valorisation de tous les séjours MCO effectués par les établissements du territoire considéré, en distinguant les hospitalisations des patients du territoire lui-même (obtenues dans le calcul précédent) de celles produites pour les patients hors territoire regroupés dans les mêmes zones géographiques que dans le calcul précédent.

Les éléments méthodologiques retenus reposent sur la nomenclature des GHS qui présente l'avantage de la flexibilité permettant ainsi des regroupements en CMD (Catégorie Majeure de Diagnostic), OAP (Outil d'Analyse PMSI), recettes T2A totales, recettes Médecine / Chirurgie par exemple. Les établissements peuvent être distingués par type (hôpitaux locaux, CH, PSPH, CHU, ex-privé OQN) sur la base des données validées, en l'occurrence 2008.

Si l'ensemble des bases a pu être alimenté au final, l'exploitation des bases disponibles, d'un côté comme de l'autre (SNIIRAM et base de RSA) a fait apparaître quelques problèmes nouveaux, qu'il a fallu résoudre avec pragmatisme.

8.1.2.3 Résultats et évolutions par rapport au projet initial

Concernant les données d'hospitalisation, il avait été prévu d'appliquer la T2A pour évaluer les flux monétaires liés aux séjours. La réunion de cadrage avec MARTAA a cependant souligné une difficulté : les tarifs, tels qu'ils sont publiés tous les ans au 1er mars, ne sont qu'une partie de la rémunération des séjours. On sait en effet qu'il faut leur ajouter des suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatologie...), éventuellement les augmenter selon des coefficients géographiques, appliquer des règles correctrices sur les bornes basses / bornes hautes. Ces considérations aboutissent à des calculs assez complexes, dont les acteurs locaux ne connaissent pas tous les déterminants.

Il semble que l'on ne puisse calculer de façon précise ni des recettes ni des charges et que l'on ne puisse proposer qu'un indicateur permettant d'évaluer approximativement des niveaux de ressources hospitalières associées à des flux de patients. Le choix a été fait de recourir à l'ENCC appliquée à la fois aux établissements ex-DG (Dotation Globale) et aux établissements ex-OQN (Objectif Quantifié National). Les coûts obtenus sont des coûts dits bruts, simplement diminués des surcoûts liés à l'enseignement et la recherche.
Il y a évidemment des inconvénients à un tel choix, notamment celui de lisser éventuellement les dépenses de réanimation ; par ailleurs, comme on le sait, ces coûts ne couvrent pas la totalité des dépenses des établissements : restent en effet les activités toujours rémunérées globalement, c'est-à-dire les MIG. Il a été choisi d'appliquer un coefficient correcteur unique à tous les séjours, soit national (part des MIG dans l'ODMCO), soit local (part des MIG dans les dépenses de l'établissement).

Concernant la médecine de ville, la CNAMTS a opéré pour sa part à partir des codes communes en respectant le découpage territorial proposé (Territoire de proximité, Territoires de recours, Région, Reste du monde). L'extraction des données du SNIIRAM et leur vérification sont très chronophages et négligent les données des régimes spéciaux et les prises en charge à 100% par les patients. Compte tenu de la complexité des requêtes, les estimations venant de la CNAMTS apparaissent moins flexibles que celles venant du PMSI pour l'hospitalisation. Par exemple un changement dans la définition des territoires ou dans la liste des prestations supposerait une remise à plat de l'ensemble des requêtes.

Au final les deux bases de données ont pu être alimentées, modulo les difficultés signalées, et sont récapitulées dans le bilan suivant :

	Consommation des patients du territoire dans le territoire (1)	Consommation des patients du territoire hors du territoire (2)	Consommation totale des patients du territoire (3) (1)+(2)	Production du territoire pour des patients hors territoire (4)	Production totale du territoire (5) (1)+(4)	Solde (5)-(3)
Soins hospitaliers	22 975	34 638	57 613	5 487	28 462	-29 151
Soins de ville (*) Sous-total actuel	15 862	6 483	22 345	4 693	20 555	-1 790
Dont						
Généralistes	6 332	1 067	7 399	1 760	8 092	693
Spécialistes	1 349	3 557	4 906	704	2 053	-2 853
IDE	2 023	91	2 114	384	2 407	293
Kiné, ortho…	2 137	452	2 589	528	2 665	76
Imagerie	1 063	388	1 451	534	1 597	146
Dentistes	2 958	928	3 886	783	3 741	-145

(*) hors flux interrégionaux et « professionnels non répertoriés » (pharmaciens, laboratoires, transports)

Figure 30 : Tableau d'échange du territoire (Bilan en k€)

Les flux hors région des patients du territoire, pour l'ensemble des soins de ville s'élèvent à 5307 K€. Les flux régionaux des professionnels non répertoriés s'élèvent à 38 374 K€. Au total, les tableaux ci-dessus répertorient 38 837 K€ (soins hospitaliers et soins de ville), alors que la consommation totale est de 82 518 K€, soit 46% environ. Rappelons toutefois que les soins hospitaliers ne comprennent pas le SSR, la psychiatrie, les consultations en établissements ex-DG et les MIGAC.

Par rapport au niveau national, la part T2A ONDAM, qui a fait l'objet d'une évaluation, correspond à environ 60% de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) Hospitalier. Si l'on applique ce taux aux comptes de la santé, cela conduit à une dépense totale de 45 milliards € (soit 725 € par habitant). On trouve pour le territoire environ 712 € par habitant.

Concernant la médecine de ville, on trouve au niveau national une dépense d'environ 1700 € par habitant, alors que les flux répertoriés ci-dessus conduisent à 830 euros par habitant du territoire.

Au terme de cette partie, nous souhaitons mettre l'accent sur l'originalité du projet quant au contrat entre un hôpital et des médecins libéraux, résumant le projet médical et évoquant les enjeux en termes de formation et de recrutement des médecins, à laquelle s'ajoute la problématique du tableau de bord / compte de la santé local, autre point fort et innovant du projet. Etant donné le caractère récent de la construction de cet outil et les difficultés

méthodologiques d'une part, mais aussi le retard pris dans le dossier architectural et les modes de financement accordés par l'ARH en transition vers les ARS, l'usage de l'outil en tant qu'instrument pour permettre le pilotage du système de soins local par l'ensemble des parties prenantes et la délégation d'enveloppe de l'Assurance Maladie pour le territoire de santé ne sauraient être analysés. Nous discutons donc le modèle d'organisation des soins sous-jacents autour des liens entre médecine générale et hôpital.

8.2 Du système de soins au système de santé

Si le médecin généraliste est l'un des acteurs incontournables de la relation de soins, son rôle devrait s'accroître avec le passage d'un système de soins au système de santé où l'hôpital n'est plus le seul acteur de soins. De nouveaux modes d'organisation doivent être inventés. La littérature issue d'expériences essentiellement étrangères, fournit des éléments de réponse pour pouvoir discuter les attentes du projet de pôle de santé du territoire. Si le médecin généraliste doit pouvoir retrouver une place face au médecin hospitalier, souvent considéré comme spécialiste, il en résulte l'émergence de nouveaux modes d'organisation pour assurer l'interface avec le patient et l'hôpital et donc la coordination, qu'il s'agisse d'une personne incarnée par un infirmier(ère) libéral(e) ou d'une structure en réseaux.

8.2.1 Un modèle innovant favorable à l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice)

L'infirmier(ère) coordinateur(trice) peut opérer dans différentes organisations hors de l'hôpital et joue un rôle tout particulier pour accompagner les médecins généralistes. Parmi ses missions, figure celle d'assurer l'éducation thérapeutique du patient.

8.2.1.1 Retour d'expérience : rôle de l'infirmier(ère) libéral(e) dans le cadre d'une prise en charge partagée des patients diabétiques au sein d'un cabinet libéral de médecins généralistes

Le cas du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe), mis en place dans le département des Deux-Sèvres à l'initiative de médecins généralistes libéraux, constitue une démarche expérimentale plus aboutie que celle précédemment décrite et permet d'appréhender le travail en équipe entre les médecins et l'infirmière travaillant au cabinet.

Cette coopération est, en réalité courante à l'hôpital mais rare dans le cadre de la médecine de ville avec pour impact l'émergence de pratiques mieux formalisées en termes de prévention et d'éducation thérapeutique. L'objectif global est la qualité des soins par la délégation aux infirmières des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que le dépistage des troubles cognitifs après 75 anset des facteurs de risque cardiovasculaire. Ces infirmières secondent également les médecins dans les campagnes de dépistage collectif notamment celles menées contre le cancer du sein ou du colon. L'activité des infirmières se veut complémentaire de celle des deux médecins et s'organise autour de deux modalités :

- La gestion des données, essentiellement les résultats biologiques, et la mise en place des rappels informatiques dans le dossier patient selon les recommandations professionnelles ;
- La consultation d'éducation thérapeutique visant à donner des conseils hygiéno-diététiques et relatifs à l'observance du terrain.

L'hypothèse testée pour l'évaluation a été de considérer que l'emploi d'une infirmière qualifiée dans un cabinet de médecine générale améliore l'efficacité (résultats biologiques et qualité du suivi) et même l'efficience des soins, c'est-à-dire le rapport coût-efficacité, au regard des différentes interventions de l'infirmière et par rapport à un exercice traditionnel en médecine générale.

Le modèle ASALEE e été jugé efficient, les résultats obtenus étant meilleurs que ceux des groupes témoins et ce pour un coût non significativement plus élevé pour l'Assurance Maladie. En termes de méthodologie, ce type d'évaluation selon le modèle ici / ailleurs et avant / après s'inspire de travaux équivalents menés principalement dans les pays anglo-saxons. Ce type d'études est donc possible et mériterait d'être développé dans le cadre de recherches sur l'organisation et la performance des soins de premiers recours.

Devant la complexité à construire un tableau de bord sur la base des comptes régionaux de la santé, qui outre le pilotage de la santé à l'échelle du territoire permettrait d'évaluer le dispositif de coopération tel que proposé, lequel est mouvant (introduction progressive d'autres paramédicaux), il pourrait être intéressant de mener ce type d'études sur des populations données et les comparer à des prises en charge autres que ce dispositif.

8.2.1.2 L'éducation thérapeutique : le patient acteur de sa propre prise en charge

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. A l'inverse, une information orale ou écrite et un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient (Patte, 1998).

Selon les recommandations élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins ;
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

L'éducation thérapeutique ainsi définie nécessite un certain nombre de mécanismes de coordination qui visent à définir en commun les différents aspects de la prise en charge pour répondre de manière adaptée aux besoins, aux attentes, aux difficultés et aux problèmes identifiés, en tenant compte des ressources du patient. Outre l'infirmier(ère) coordinateur(trice), qui assure l'éducation thérapeutique, elle implique donc une coopération entre différents acteurs :

- Le patient, en s'assurant de la place qu'il souhaite et peut prendre dans la coordination ;
- D'autres professionnels qui interviennent soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de ses proches ou des professionnels de santé.

8.2.2 Apport des réseaux Ville-Hôpital à la coordination des soins entre professionnels de santé

Les réseaux sont nés de la volonté d'assurer une meilleure coordination et planification des soins. Outre la définition juridique, ce sont les mécanismes de coordination sous-jacents qui nous intéressent et méritent d'être évalués afin de fournir quelques éléments d'analyse du projet original de pôle santé.

8.2.2.1 Coordination et planification : l'hôpital surdimensionné et les réseaux comme potentiel de prise en charge

L'apparition des réseaux de soins et de services part de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention…) et de la nécessité d'un décloisonnement du système de santé. Elle donne pour ce faire une base légale aux réseaux et un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau sont proposés : dossier médical partagé, informatisation, système d'information… Pour autant un certain nombre d'incertitudes demeurent telles que le champ des responsabilités à préciser, avec pour conséquence la mise en place d'une nomenclature commune d'activités à la ville et à l'hôpital, permettant les transferts financiers entre enveloppes, et donc une gestion centrée sur le patient. Aussi, dans chacun de ces domaines, les réseaux tendent à accorder l'offre à la demande en organisant la coordination des services autour du bénéficiaire. La cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil. Les réseaux se veulent donc « réconciliateurs » de l'offre et de la demande dans l'univers sanitaire et social. Les professionnels, médecins ou infirmiers(ères) le plus souvent, s'organisent en groupes de libéraux, pour proposer un service complet, efficient, coordonné et continu de soins.

La fonction de coordination introduite par les réseaux se situe au centre de plusieurs dynamiques : celle du patient et de son entourage, celle des libéraux, celle de l'hôpital, celle des associations, qu'elle peut mettre en œuvre à la demande. Les réseaux représentent un potentiel de prise en charge globale pour peu qu'ils agissent comme coordonnateurs de soins. Ils matérialisent en quoi l'hôpital est redondant ou surdimensionné, pour ce qui peut se faire en ambulatoire. L'Assurance Maladie soutient activement certaines expériences comme alternatives efficaces à l'hospitalisation. Certaines fonctions de l'hôpital (enrichies, et c'est un atout majeur, de fonctions sociales) peuvent être assurées sans assumer les coûts de l'infrastructure hospitalière, en recourant au secteur libéral. Certaines expérimentations incitent à développer de nouvelles prestations à domicile et appellent de nouvelles compétences. Elles doivent aussi aboutir à l'implication des personnels hospitaliers aux côtés des libéraux. Dans la mesure où des activités hospitalières paraissent superflues, les redéployer vers la ville peut être une bonne manière de servir tout en conservant l'emploi.

Au final, beaucoup d'attentes ont été formulées à l'égard des réseaux en vue de développer la prise en charge globale et coordonnée des patients, de décloisonner les structures, et

d'accroître la compétence collective des professionnels. L'enjeu reste aussi de concilier qualité des soins et maîtrise des coûts, équité et efficience. Il reste toutefois nécessaire de répondre à ces questions par des démarches d'évaluation adaptées.

8.2.2.2 Evaluation des réseaux de santé et confrontation au cas du projet de pôle santé

La mise en œuvre de ces évaluations n'est pas sans difficultés pour plusieurs raisons :

- Les réseaux existants et en projet sont très divers quant à leur domaine d'intervention, leur organisation, leur financement ; de plus, leurs objectifs auront tendance à évoluer en fonction des réalités du terrain.
- Il n'y a pas, dans d'autres pays développés, de mode d'organisation comparable aux réseaux de santé du contexte français ; il ne faut donc pas s'attendre à identifier, par l'analyse de la littérature internationale, des modèles d'évaluation directement transposables.

En France le champ de la recherche sur le système de santé doit encore se développer ; l'évaluation des réseaux de santé ne pourra pas s'appuyer d'emblée sur un ensemble préexistant de méthodes et d'indicateurs validés : elle devra les construire progressivement dans une véritable démarche de recherche évaluative.

Le projet de pôle santé constitue une sorte de réseau de soins en devenir autour de plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux. L'expérimentation actuelle a mis en évidence la richesse du collectif « libéral » et sa capacité à imaginer parfois des solutions innovantes. Le dialogue, parfois difficile avec les médecins hospitaliers a permis à un certain nombre de malentendus de s'exprimer, de combler des déficits d'informations entre ces deux mondes qui ont peu l'occasion de communiquer et d'aboutir à une meilleure connaissance mutuelle en confrontant collectivement les points de vue sur les pratiques de chacun, et en portant un jugement qui ne repose plus uniquement sur les représentations du travail spécifiques à chaque monde. De ce dialogue est issue une meilleure compréhension réciproque de leur travail et sont sorties les premières ébauches d'un travail de collaboration possible entre ville et hôpital.

Des efforts considérables restent à accomplir pour permettre la construction d'un pôle qui à la fois puisse être innovant en matière d'organisation de la délivrance de soins de première ligne, satisfasse les attentes et les besoins de la population et permette des conditions de travail satisfaisantes. Ceci nécessitera tant du point de vue des libéraux que des hospitaliers, un

profond changement de culture pour pouvoir réaliser le nouveau partage des tâches, compétences et responsabilités nécessaires pour aboutir à un tel résultat. Par ailleurs, il faudra commencer à travailler avec la population à l'élaboration des contrats locaux de santé dans le cadre de contrats de territoire. Là aussi des opportunités peuvent et doivent être saisies.

Conclusion du chapitre 8

Le projet de pôle santé constitue un projet original unique en son genre en combinant trois volets, architectural, organisationnel et financier. Afin que ce pôle puisse voir le jour, la stratégie médicale à adopter doit être précisée autour du contrat entre un hôpital et des médecins libéraux. L'ajout de la problématique du tableau de bord/compte de la santé local constitue l'autre point fort et innovant du projet.

En l'état actuel, la configuration des données fournie par la CNAMTS est symétrique de celle fournie par MARTAA : ce sont les tableaux de production qui ont été alimentés. Manque l'aspect « consommation », qui permettrait d'avoir la « fuite » hors région. Par rapport au tableau de bord visé, n'ont pu être recensés les consultations et actes externes ex-DG, le SSR, la psychiatrie et l'ensemble du médico-social (personnes âgées, handicapés, enfance inadaptée). Si les deux premiers points devraient pouvoir être résolus assez rapidement, pour la psychiatrie et le médico-social, la difficulté est réelle du fait de l'absence de classification opérante pour le premier élément, et donc de rémunération des ressources différenciée selon les patients, et de l'absence de données individuelles pour le second.

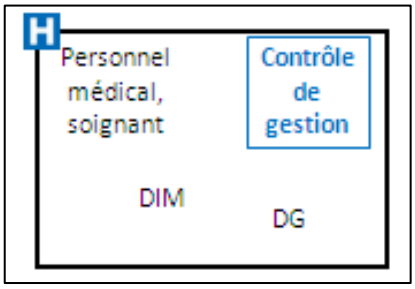
A travers ce constat, nous soulevons la problématique du recueil des données et donc de l'implémentation de l'outil qui oblige à utiliser le modèle initialement construit dans une version réduite. Cette difficulté a aussi des conséquences quant à un pilotage au fil de l'eau qui supposerait de l'alimenter en routine mais aussi de le fournir à l'ensemble des acteurs pour adapter sa stratégie à celles du territoire de santé y compris un directeur d'ARS en vue de comprendre les besoins de santé de la population et permettre un pilotage territorial infra annuel de l'ensemble des acteurs de santé.

Autrement dit, nous restons dans le même schéma que la recherche précédemment décrite, celle qui part d'une innovation organisationnelle et se décline en un modèle et un outil. Pour l'heure, c'est le passage à l'instrument qui semble difficile, sur le plan méthodologique comme sur celui d'un recueil de données fréquent qui permettrait un pilotage au fil de l'eau et l'analyse chiffrée de pratiques qui ont pu être mises en œuvre dans ce contexte nouveau.

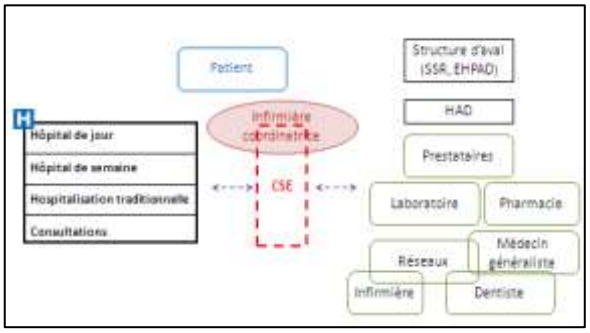
Conclusion de la partie 2

Au terme de cette partie, nous obtenons une présentation détaillée du matériel de recherche et de la méthodologie. L'une des questions qui peut se poser est celle de l'exhaustivité des régimes de contrôle de gestion que nous souhaitons identifier. Qu'il s'agisse d'études de cas et/ou recherches-interventions, les trois terrains de recherche étudiés se veulent complémentaires. Partant de projets innovants, l'enjeu n'est pas d'extraire un échantillon exhaustif des organisations de santé mais de recourir à différents niveaux de l'organisation représentatifs des problématiques actuelles qui s'offrent au contrôle de gestion. La finalité ainsi poursuivie est l'exploration du nouveau dans le cadre d'un processus progressif de déstabilisation de l'objet hôpital.

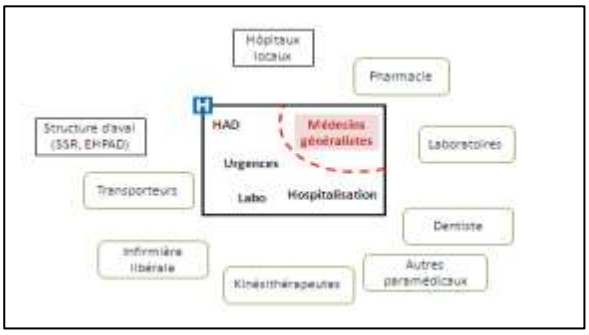
En termes organisationnel, les trois terrains peuvent donc être représentés autour de l'hôpital qui reste dans chacun des cas l'acteur central, à l'initiative du projet, et ont pour point commun de considérer des objets qui traversent l'entité et visent l'étude de la trajectoire du patient. A chacun d'entre eux est associé un acteur supplémentaire au processus de contrôle de gestion, le contrôleur de gestion certes lorsque la démarche est hospitalo-centrée (terrain 1), l'infirmier(ère) coordinateur(trice) pour assurer l'interface entre l'hôpital et la médecine de ville (terrain 2), le médecin généraliste pour un pilotage de la santé à l'échelle du territoire de santé (terrain 3).



Terrain 1



Terrain 2



Terrain 3

Notre réflexion quant au contrôle de gestion nous amène également à raisonner autour de l'outil de gestion que nous considérons comme un moyen de comprendre le fonctionnement d'une organisation et le rôle des acteurs. Il revêt alors une importance plus ou moins importante dans ce processus et se caractérise par une différenciation par rapport aux outils traditionnels du contrôle de gestion qu'il s'agisse d'outils de comptabilité analytique ou de tableaux de bord. Si nous excluons l'instrument dont nous avons souligné la difficulté à en suivre le déploiement dans un horizon temporel trop court, l'outil doit aussi être étudié au regard du modèle sous-jacent qu'il traduit. En croisant ces deux notions que sont le modèle et l'outil de gestion, nous pouvons positionner nos terrains de recherche autour du couple modèle / outil.

– Un « petit » modèle (m) le périmètre restant hospitao-centré mais un « grand » outil (O) pour caractériser le terrain 1 ; le projet part de l'outil pour mesurer l'impact sur les organisations ;

– Un « grand » modèle (M) lorsque le périmètre sort de l'hôpital mais un « petit » outil (o) pour caractériser le terrain 2 ; le projet part de l'organisation et devrait se traduire par la construction d'indicateurs mesurant la valeur ajoutée ;

– Un « grand » modèle (M) et « grand » outil (O) pour caractériser le terrain 3 ; le projet porte conjointement sur l'organisation et l'outil.

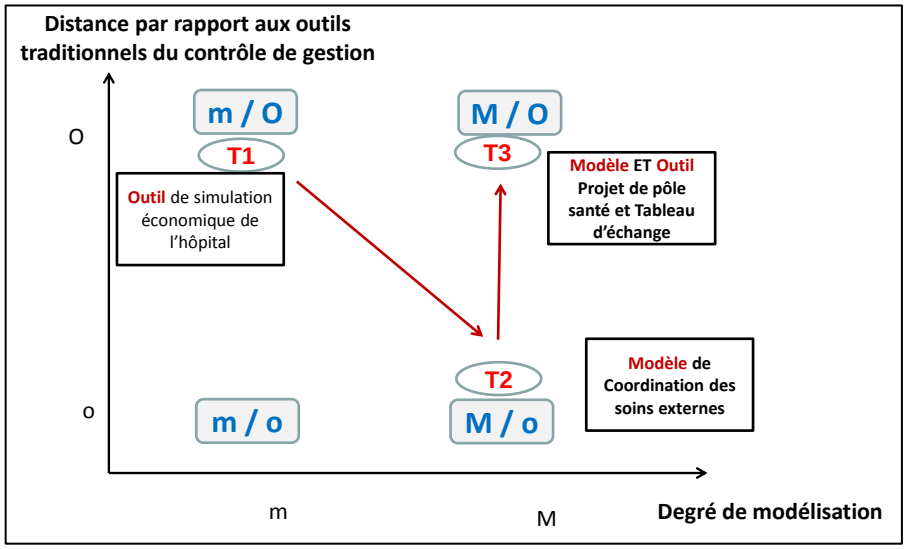


Figure 31 : Positionnement des trois terrains de recherche au regard du couple modèle / outil

La dernière étape de notre raisonnement vise donc à tirer des conclusions actualisées de cette observation et des interventions qu'il ont permis de mener tant du point de vue des professionnels de santé que de la littérature en management tout particulièrement dans le secteur de la santé.

PARTIE 3

Savoirs et relations : une griller d'analyse en faveur d'une révision du concept de contrôle de gestion à l'hôpital

Chapitre 9 - Dimensions et variables de conception : proposition d'une grille de diagnostic du contrôle de gestion par pathologie et problématiques associées

Chapitre 10 – Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus de construction conjointe des savoirs et des relations

Chapitre 11 – Valorisation et ouverture internationale de la recherche en gestion de la santé

L'étude des trois terrains de recherche a permis d'établir un certain nombre de généralisations en vue d'expliciter l'hypothèse initialement formulée, celle d'un contrôle de gestion qui reste à inventer à l'hôpital dans le cadre d'une démarche de co-conception qui oblige à associer construction de l'instrumentation et niveau de l'organisation. La dernière étape de notre raisonnement consiste donc à tirer des conséquences en vue de construire des relations actualisées. Il ne s'agit donc pas seulement de tirer des conclusions quant au seul contrôle de gestion à l'hôpital mais bien d'en apprécier les adaptations nécessaires face au constat des écueils qu'il connaît mais aussi du changement de contexte actuel qu'est celui de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur et son corollaire, les coopérations entre professionnels de santé.

La question de l'allocation des ressources inhérente au renforcement de la contrainte budgétaire s'est révélée progressivement réductrice et a laissé place à la nécessité d'un pilotage de la performance par définition pluridimensionnelle. Pour autant, une telle définition, a montré ses limites en restant trop théorique, sans impact significatif en termes de changement de pratiques. Les trois terrains étudiés ont pour point commun de considérer des objets transverses à l'hôpital. Progressivement, le nombre d'acteurs traversés par ce processus s'accroît entraînant une augmentation des savoirs et une complexification croissante des relations. A mesure que nous ouvrons l'organisation, le concept de contrôle de gestion hospitalier doit être complété faisant place à un nouveau concept celui d'un contrôle de gestion médicalisé qui reste à explorer. Nous en déduisons alors que seule la prise en compte des logiques organisationnelles et la dynamique de l'action collective est garante de l'atteinte de la performance et contribue à mieux définir la problématique de l'allocation des ressources à l'échelle de l'hôpital mais aussi au niveau du territoire de santé.

Nous ne prétendons pas fournir de recettes applicables aisément et transposables à tout type d'organisation de santé. A l'inverse, nous ne souhaitons pas non plus remettre en cause le déploiement et l'utilisation de la comptabilité analytique dans les établissements hospitaliers. En effet, les obligations réglementaires de la Comptabilité Analytique Hospitalière la rendent incontournable puisque l'article R6145-7 du Code de la Santé Publique dispose que «Le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Le directeur communique au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique ». La comptabilité analytique n'est donc plus un exercice facultatif et ne se limite pas à la seule production du Retraitement Comptable. Le code de la Santé Publique précise également que

les établissements de santé publics et privés ex-PSPH doivent produire « des outils de la comptabilité analytique hospitalière jugés pertinents pour le pilotage interne. ».

Outre son caractère réglementaire, la comptabilité analytique hospitalière constitue donc un préalable nécessaire au pilotage interne des établissements auquel il est possible d'apporter encore certaines innovations et dépasser les difficultés de sa mise en œuvre qui repose sur un consensus né de la contrainte, et sur des outils stabilisés, mais mal coordonnés. Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière paru en octobre 2011 précise d'ailleurs qu'elle devient « un élément essentiel de la prise de décision stratégique et opérationnelle, qui permet de […] mener le suivi des actions de réorganisation relevant du pilotage médico-économique à l'échelle d'un pôle, d'une structure interne ou plus largement à l'échelle d'un établissement et faciliter les analyses prospectives ». Notre premier terrain de recherche, en s'appuyant sur des méthodes de comptabilité analytique faisant l'objet de référentiels nationaux tels que l'ENCC atteste de cette possibilité de mener le suivi d'actions de réorganisation inhérents à des choix d'orientations stratégiques dans le cadre d'une démarche prospective.

Pour autant, au-delà de cette première conclusion les pratiques de contrôle de gestion doivent évoluer à tous les niveaux. Les conclusions que nous tirons ne sauraient toutefois être considérées à des fins de prévision ni même de prédiction. Les résultats issus de nos recherches-interventions doivent être vus comme des signaux faibles à amplifier, qui apportent des éléments de réponse de manière encore imparfaite et incomplète à des problématiques de gestion de la santé pourtant réelles et actuelles liées aux nécessaires coopérations entre professionnels de santé et les mécanismes de coordination sous-jacents.

Outre les enjeux autour des outils de gestion et de leur utilisation concrète par les acteurs de santé, une question plus théorique se pose quant à l'apport de ces résultats aux sciences de gestion en santé, discipline encore peu valorisée en France et à l'international.

Le **chapitre 9** apporte, dans un premier temps, quelques éléments de réponse aux préoccupations des professionnels de santé sur le terrain. Plus précisément, sans aller jusqu'à fournir des recettes « toutes faites », il s'agit d'établir une grille de diagnostic permettant de positionner chaque situation de gestion et préciser les problématiques associées auxquelles devront se confronter les acteurs terrains. Nous proposons ainsi une matrice permettant de spécifier le type de contrôle de gestion mis en jeu en fonction de deux variables que sont la ou

les pathologies traitées et le type de prise en charge. Ces deux variables nous semblent en effet déterminantes pour caractériser le niveau de l'organisation le plus efficient pour une prise en charge optimale de la maladie.

Le **chapitre 10** souligne l'intérêt de cette démarche en lien avec les problématiques traitées par la littérature en management. Appliqué au cas particulier du secteur de la santé, le recours à la théorie de la conception nous semble être un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les conditions nécessaires à l'émergence du processus de contrôle de gestion médicalisé. Plus précisément, c'est l'étude du processus de conception innovante qui nous semble pertinente pour traduire l'évolution progressive de la comptabilité analytique vers un contrôle de gestion hospitalier et *in fine* un contrôle de gestion médicalisé qu'il soit initié par l'hôpital ou véritablement déployé au niveau du territoire de santé. Une telle évolution oblige à raisonner sur un périmètre de plus en plus large sur lesquels des acteurs plus nombreux et détenant des savoirs hétérogènes mais complémentaires doivent entrer en relation pour coopérer. Or, partant du principe de non-séparabilité « savoirs-relations », nous considérons la distance entre savoirs et relations comme reflet de l'effort de conception à fournir pour formaliser les modes de coordination entre acteurs de soins et construire des outils de gestion utiles à des fins de pilotage. L'analyse de ce processus de conception nous amène alors à examiner le rôle des acteurs du terrain, qu'ils soient contrôleurs de gestion ou professionnels de santé, mais aussi politiques, consultants ou encore chercheurs, et interviennent dans le système de santé selon des modalités et des finalités diverses. Au final, le recours à cette grille d'analyse particulière en lien avec une méthodologie de type recherche-intervention nous semble traduire la faiblesse de la littérature française autour des problématiques de la gestion de la sante sans se restreindre au seul objet de notre recherche qu'est le contrôle de gestion médicalisé.

Le **chapitre 11** étend la réflexion aux travaux de recherche menés à l'étranger en lien avec les questions précédemment soulevées que sont celles de la performance du système de santé, des mécanismes de gouvernance et des coopérations entre professionnels de santé. Cette revue de littérature n'aborde donc pas le contrôle de gestion hospitalier à proprement parler, peu de références ayant été trouvées, mais permet d'illustrer et / ou réinterroger les problématiques que nous avons soulevées au cours de notre recherche. Elle est aussi l'occasion de coupler les champs de recherche explorés et le positionnement de certains acteurs. Il apparaît en effet, que les chercheurs privilégient davantage une réflexion macroéconomique en termes d'économie publique via l'étude des mécanismes de tarification

à la pathologie comme mode de financement et d'incitation destinés aux hôpitaux. Ils traduisent ainsi des choix politiques dans un contexte partagé par l'ensemble des pays ayant adopté ce mode de financement, celui de la maîtrise des coûts. Les questions de coordination des soins en lien avec les mécanismes de gouvernance des systèmes et la recherche de la performance sont alors traitées via le cas des pathologies chroniques dont on sait que l'essor contribue à une refonte des systèmes de santé et s'avère donc être un exemple indispensable pour alimenter la réflexion en France.

Chapitre 9. Dimensions et variables de conception : proposition d'une grille de diagnostic du contrôle de gestion hospitalier et problématiques associées

9.1 Eléments de diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital.....301

9.1.1 Tentative de typologie : du contrôle de gestion hospitalier au contrôle de gestion médicalisé..... 301

9.1.1.1 Un contrôle de gestion par pathologie ?..... 302

9.1.1.2 Le type de prise en charge comme critère de définition d'un nouveau contrôle de gestion 304

9.1.1.3 Pathologie et prise en charge : une typologie des contrôles de gestion en santé 305

9.1.2 L'hétérogénéité des problématiques hospitalières : orientations stratégiques et impact en gestion..... 307

9.1.2.1 Enquêtes auprès des médecins correspondants : un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique 308

9.1.2.2 Des médecins généralistes à l'intérieur de l'hôpital : un contrôle de gestion prospectif à visée organisationnelle 309

9.1.2.3 Des structures d'hébergement à proximité des structures médicales : un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire 310

9.2 Les conditions d'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé : des problématiques partagées.....312

9.2.1 Modalités de financement et impact sur le contrôle de gestion : le paradoxe de la T2A entre qualité des soins et rentabilité..... 312

9.2.1.1 La coordination de la prise en charge dans et hors murs : des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle 313

9.2.1.2 Le pari de la recherche : quel financement du progrès médical..... 315

9.2.2 Des SIH vers un système d'information et de communication de santé 317

9.2.2.1 Apport du contrôle de gestion au système d'information décisionnel 318

9.2.2.2 L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture..... 319

9.2.3 Positionnement des acteurs : des métiers émergents autour de la fonction de coordonnateur..... 322

9.2.3.1 Les métiers du soin : l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le rôle pivot du médecin généraliste 322

9.2.3.2 Les métiers de support : le contrôle de gestion et le passage du service informatique à une direction du système d'information 323

9.2.3.3 Les métiers administratifs de la sphère médicale : l'émergence du DIM et des Techniciens de l'Information Médicale 325

Conclusion du chapitre 9 327

En posant la question du contrôle de gestion médicalisé et non plus seulement hospitalier, nous faisons émerger un certain nombre d'acteurs qui interagissent. Pour autant, force est de constater que l'hôpital reste un acteur majeur de la relation de soins, comme en témoignent les terrains ayant fait l'objet de la recherche.

Outre la démarche de simulation économique de l'hôpital dont le caractère innovant repose sur l'horizon temporel considéré et non sur le périmètre d'action du contrôle de gestion, la coordination des soins externes tout comme la création d'un pôle de santé régional restent des initiatives prises par l'hôpital. L'hôpital assure alors le rôle de coordonnateur avec des professionnels de santé et prestataires externes dans le premier cas, ou accueille des médecins généralistes dans ses murs dans le second cas, et participe en ce sens à la création des conditions nouveau pilotage de la santé. En intégrant un niveau supérieur de l'organisation extrahospitalier, ce n'est plus la question des coûts qui anime l'hôpital mais celle de l'organisation des relations entre acteurs, autrement dit la problématique de l'action collective.

Les conclusions concrètes que nous pouvons tirer de notre recherche s'appliquent donc essentiellement aux gestionnaires hospitaliers ce qui ne doit pas les empêcher de raisonner en dehors des frontières de l'hôpital autour de prises en charges nouvelles à inventer et donc d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. Soulignons d'ores et déjà qu'un tel raisonnement n'est pas incompatible avec les contraintes d'établissements financés à l'activité, bien au contraire, en permettant une optimisation des ressources hospitalières il s'agit de réserver cette structure aux prise en charge les plus lourdes, accroître le niveau d'activité en réduisant les files d'attente, et donc globalement contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins pour des patients hospitalisés ou pris en charge au sein d'un système qui se veut de plus en plus intégré.

Seul le troisième de terrain de recherche propose un outil innovant de pilotage à l'échelle régionale susceptible d'aider un directeur d'ARS soucieux de connaître les flux de patient du territoire qu'il couvre. Pour autant, les limites que nous avons soulevées, outre les choix méthodologiques quant au périmètre ou aux conventions ayant permis le calcul des dépenses et des recettes, ne permettent pas une mise en routine de la production d'un tel tableau de bord qui permettrait véritablement de mettre œuvre un pilotage à l'échelle régional et consacrerait ainsi le rôle d'un contrôle de gestion médicalisé non plus hospitalier mais régional.

Aussi, l'enjeu réside dans la formalisation d'éléments de diagnostic permettant de caractériser un type de contrôle de gestion sans pour autant fournir de solutions idéales et transposables à tout type d'organisation (9.1). Plus simplement, notre recherche se traduit par l'identification de problématiques associées à chacun des types de contrôle de gestion mis en évidence et qui doivent permettre aux gestionnaires hospitaliers de s'interroger quant aux modes d'organisation, outils et acteurs sur lesquels ils peuvent s'appuyer et ainsi s'adapter au contexte qui les caractérise. (9.2).

9.1 Eléments de diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital

Les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs sont de plus en plus inadaptés pour assurer une prise en charge complète dans une gestion optimisée des parcours de soins coordonnés. Le développement de l'hospitalisation à domicile mais aussi l'organisation du retour au domicile induisent, en effet, une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs publics ou privés voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée, les personnes âgées par exemple et / ou une pathologie particulière telle que le diabète ou le cancer. Le croissement de ces deux variables nous semble particulièrement pertinent pour définir le type de contrôle de gestion qui doit en résulter et identifier les problématiques concrètes qui se posent aux gestionnaires concernés. Afin d'apprécier la pertinence de la grille d'analyse ainsi définie, nous testons cette typologie des contrôles de gestion en positionnant quelques expériences observées.

9.1.1 Tentative de typologie : du contrôle de gestion hospitalier au contrôle de gestion médicalisé

La distinction entre contrôle de gestion hospitalier et contrôle de gestion médicalisé n'est pas aussi anodine qu'elle n'y paraît. Elle ne saurait être réduite à une distinction de périmètre, l'hôpital dans le premier cas, le territoire de santé dans le second. Bien des initiatives prises par les établissements ont des conséquences sur l'ensemble de la prise en charge des patients du territoire en lien avec d'autres professionnels de santé.

Pour spécifier davantage cette typologie, nous formulons le postulat selon lequel c'est le type de pathologie qui définit le type de prise en charge optimal tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins que de l'efficience du système de santé. Il en résulte des organisations de santé nouvelles appelant des types de contrôle de gestion à définir.

9.1.1.1 Un contrôle de gestion par pathologie ?

La pathologie semble être de manière assez naturelle un élément central dans la définition d'un contrôle de gestion type, à l'image de l'amélioration de la connaissance du produit hospitalier qui a pu être opérée à partir d'une nomenclature type qu'est le PMSI. Pour autant, nous ne considèrerions ici que les seules pathologies traitées à l'hôpital et pouvant être classées au sein de la distinction traditionnellement opérée en gestion hospitalière, la T2A ayant eu au départ comme périmètre le champ MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

La description du contrôle de gestion passe donc par une définition de l'objet sur lequel il s'applique et dont nous considérons plusieurs niveaux :

Objet du contrôle de gestion	Elément de définition
La santé	L'absence de maladie
La fonction de production	Le produit hospitalier comme variation de l'état de santé des patients traités pouvant être assimilée à un output obtenu par le biais d'une fonction de production de l'hôpital à partir d'un certain nombre d'intrants (personnel, capital).
Le GHM	Le produit hospitalier comme traitement d'une pathologie dont la description est basée sur une double homogénéité en termes de consommation de ressources et de signification médicale.
La prise en charge de la non-autonomie	La réduction de la non-autonomie liée à des états morbides (physiques et mentaux) qui passe par une dépendance momentanée entre soignants et patient.

Figure 32 : Objet du contrôle de gestion et éléments de définition

Si la fonction de production et le GHM sont des éléments de définition du produit hospitalier, la santé ou dans une approche plus fine, la prise en charge de la non-autonomie appelle alors à définir la pathologie hors du périmètre hospitalier. A l'extrémité, figurent donc des pathologies dont la prise en charge passe essentiellement par un suivi en médecine de ville, il s'agit des pathologies chroniques. Une première définition amène à alors à les considérer comme des

maladies dont on ne guérit pas, mais une telle définition exclut le cas du cancer. On privilégiera alors la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui considère que la maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies».

Plus précisément les maladies chroniques sont définies par :

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
- Une ancienneté de plusieurs mois ;
- Le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle des activités et de la participation à la vie sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle ;
- Le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.

Comme le souligne la Direction générale de la santé, c'est « l'existence dans tous ses aspects qui se trouve affectée, et souvent bouleversée, par la maladie chronique : la vie sociale et professionnelle, mais aussi la vie affective et familiale, voire l'identité même de la personne malade ».

Il en résulte une évolution de la prise en charge du patient dans la relation de soins. Le passage à l'hôpital est considéré comme un épisode ponctuel et exceptionnel et le système de santé est construit pour et avec le patient et non plus dans une relation unilatérale dans laquelle le médecin exerce son savoir profane sur le patient. Cette évolution est conforme avec celle du système de santé et suggère de nouvelles questions en lien avec le contrôle de gestion.

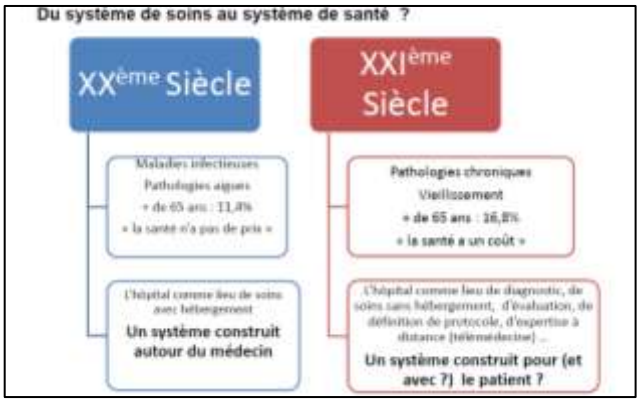


Figure 33 : Evolution du système de soins et de ses enjeux
Source : ANAP

Dans ce contexte, outre les maladies faisant l'objet d'un traitement chirurgical ou médical exclusivement à l'hôpital, nous considérons de manière non exhaustive les pathologies suivantes :

- Le cancer qui a fait l'objet de l'un de nos terrains de recherche ;
- La dépression qui appartient au champ de la psychiatrie et a fait l'objet des premières expériences de Case management ;
- La gériatrie dans le contexte du vieillissement de la population et d'une forte médicalisation de la fin de vie ;
- Les pathologies chroniques en synthèse (diabète, asthme, obésité…).

Au final, le traitement de ces pathologies s'inscrit dans un contexte de coordination des soins qui amène donc à croiser la pathologie avec le type de prise en charge et donc le niveau de l'organisation concernée.

9.1.1.2 Le type de prise en charge comme critère de définition d'un nouveau contrôle de gestion

Le renforcement de la coordination des soins s'est traduit par de nouveaux dispositifs introduits à titre expérimental par l'ordonnance du 24 avril 1996 : les réseaux de soins d'une part, qui réunissent autour d'une pathologie plusieurs professionnels de santé, les filières de soins d'autre part, organisées autour d'un médecin référent qui décide de l'orientation du patient et assure son suivi médical.

Il en résulte donc un certain nombre d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle dans et hors de l'hôpital.

Nous distinguons ainsi :

- Les urgences en tant que mode d'entrée quel que soit le motif et la durée d'hospitalisation ;
- La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de jour pour des prises en charge de très courte durée permettant de diagnostiquer, traiter, suivre un patient sur une journée, sans que le patient passe la nuit à l'hôpital ;
- L'hospitalisation conventionnelle d'une durée variable pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines ;
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) qui interviennent dans la rééducation d'un patient, à la suite d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale ;

– L'Hospitalisation à Domicile (HAD) en tant qu'alternative à l'hospitalisation en vue d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants pour une durée limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient ;
– La médecine de ville que nous définissons par défaut comme toute prise en charge exercée en dehors de l'hôpital.

9.1.1.3 Pathologie et prise en charge : une typologie des contrôles de gestion en santé

Le croisement entre la pathologie et le type de prise en charge donne naissance à des problématiques particulières auxquelles les réponses apportées sont de nature diverse. Quoi qu'il en soit, les éléments de réponse actuels fournis par les politiques de santé et leur traduction concrète par des démarches expérimentales amènent à sortir de la seule logique hospitalière, même si la démarche peut être initiée par l'hôpital, acteur encore incontournable.

L'exemple du cancer est à ce titre significatif. Si la prise en charge débute souvent par une intervention chirurgicale, elle n'est que le point de départ de la prise en charge, laquelle se poursuit par des séances de chimiothérapie et de radiothérapie, une prise en charge à domicile qu'elle soit formalisée, dans le cas de l'HAD ou de liens organisés avec les structures avales, ou non telle que la démarche de coordination des soins externes .

La notion de « médicalisation » a émergé progressivement. On a ainsi parlé de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé en vue de l'amélioration des pratiques et de la responsabilisation des professionnels non spécifiquement appliquée à l'hôpital. En effet, elle vise à proscrire les comportements jugés abusifs tout en améliorant la qualité des soins et prend la forme de « bonnes pratiques » diffusées auprès des professionnels de santé. Elle a été inaugurée par la mise en place de références médicales opposables en 1993 (référentiels de bonne pratique médicale visant à éviter des actes et des prescriptions inutiles) et a été prolongée par des accords de bon usage des soins. Ceux-ci peuvent être conclus au niveau national ou régional par les partenaires conventionnels et doivent définir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ».

Dans ce contexte, et au regard des évolutions majeures auxquelles doit faire face le système de santé nous définissons donc le contrôle de gestion au regard des deux critères présentés ci-dessus que nous classons de la manière suivante :

– Par pathologies, classées par niveau de prise en charge par l'hôpital dans le traitement ; certaines sont exclusivement hospitalières telles que la réanimation ou la chirurgie d'autres mixtes telles que la psychiatrie, d'autres enfin peuvent ponctuellement être traitées à l'hôpital mais font essentiellement l'objet d'une prise en charge en médecine de ville, à l'image des pathologies chroniques ;

– Par types de prise en charge classés par degré de dépendance par rapport à l'hôpital ; urgences, prise en charge en ambulatoire et hospitalisation conventionnelle sont totalement liées à l'hôpital, l'HAD est plus détachée recourant parfois à des équipes spécialisées avec lesquelles l'hôpital passe des conventions, des structures dites d'aval telles que les SSR et enfin la médecine de ville sans lien avec l'hôpital, sauf dans des cas particuliers tels que le projet de pôle santé qui a fait l'objet de l'une de nos recherches-interventions.

Nous en déduisons quatre types de contrôle de gestion, les deux premiers restant hospitaliers, les deux derniers pouvant entrer dans la catégorie des démarches extrahospitalières même si l'hôpital peut initier l'ouverture sur l'extérieur.

– Un contrôle de gestion « hospitalier « traditionnel qui s'appuie sur les outils issus de la comptabilité analytique hospitalière pour calculer des coûts et déterminer des segments d'activité rentables ;

– Un contrôle de gestion « hospitalier » prospectif et à visée organisationnelle qui dépasse la logique de calcul des coûts au profit d'une réflexion organisationnelle et vise à anticiper la sortie des patients pour mieux gérer les structures et dimensionner les équipes ;

– Un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique dans lequel l'hôpital assure l'interface avec la médecine de ville pour une meilleure coordination des soins

– Un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire qui permettrait une allocation des ressources sur le territoire et une approche intégrée de la santé avec un impact sur l'organisation des soins, la mutualisation des ressources et donc l'efficience.

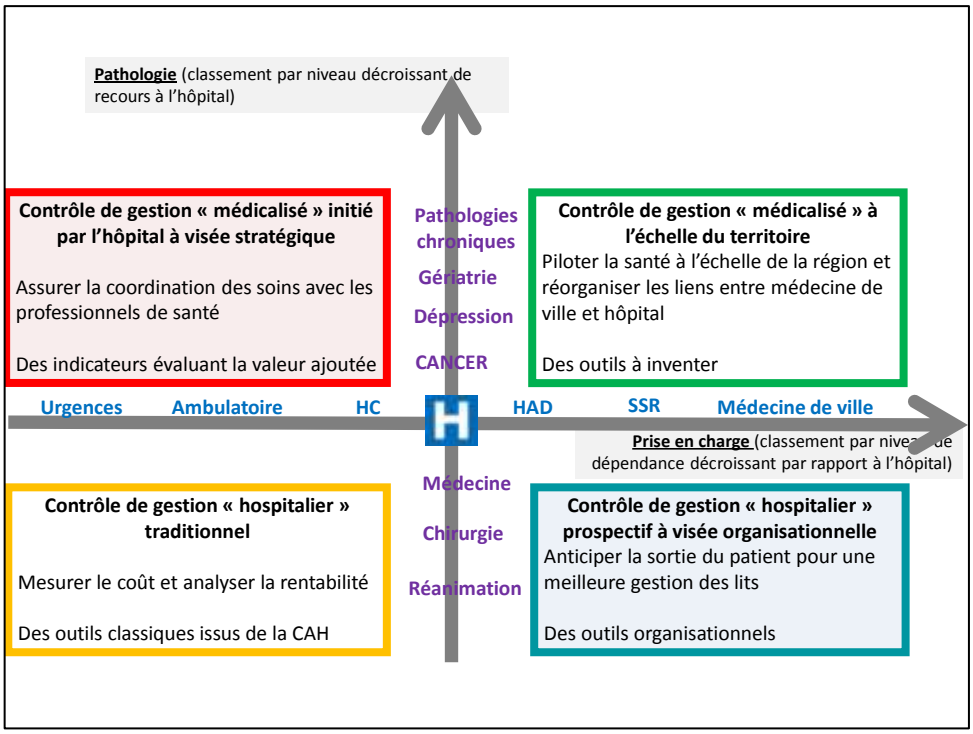


Figure 34 : Pathologie et prise en charge : typologie des contrôles de gestion

La notion de contrôle de gestion médicalisé ne doit pas être vue comme une remise en cause du contrôle de gestion hospitalier et son outil point de départ la comptabilité analytique hospitalière mais comme un complément. Il s'agit donc de rechercher un équilibre entre trois impératifs : le maintien des performances sanitaires globales et de l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins et enfin la maîtrise des dépenses de santé. Il ne peut donc plus se contenter de cette seule dernière action sur la base d'une comptabilité analytique aussi fine soit-elle en calculant des coûts par grande fonction.

Cette typologie constitue un cadre d'analyse pertinent pour permettre au gestionnaire hospitalier de positionner chacun de ses projets. Plus précisément, son intérêt réside dans l'élaboration d'un diagnostic.

9.1.2 L'hétérogénéité des problématiques hospitalières : orientations stratégiques et impact en gestion

Chaque type de contrôle de gestion doit pouvoir être analysé au regard de la typologie précédemment établie. Si nous excluons le cas du contrôle de gestion traditionnel dont nous considérons que chaque établissement a atteint un niveau minimal ne serait-ce que par

l'obligation qui lui est faite de produire le retraitement comptable, les autres types de contrôle de gestion s'inscrivent dans des démarches qui restent à explorer en termes de formalisation des outils ou des modes de coopérations entre acteurs. Ils correspondent toutefois à une réalité que nous illustrons à partir d'exemples concrets observés sur le terrain au gré des établissements visités dans le cadre de missions de conseil.

9.1.2.1 Enquêtes auprès des médecins correspondants : un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique

Dans un contexte marqué par le développement de la concurrence entre établissements et face à une problématique de développement de l'activité inhérent à la mise en place de la T2A, les établissements disposent de deux outils pour connaître leur positionnement sur le territoire

- Des études de parts de marché dans une perspective quantitative ;
- Des enquêtes d'image auprès des médecins généralistes dans une perspective plus qualitative.

Si les premiers outils débouchent sur des réflexions stratégiques et donc des choix de développement de l'activité, les seconds s'inscrivent dans une logique d'adressage des patients qui oblige à « fidéliser » les médecins généralistes.

Nous citons l'exemple de l'enquête 2011 réalisée par la fédération française des Centres de Lutte Contre le Cancer Unicancer auprès des médecins correspondants. L'objectif général est celui d'une amélioration souhaitée des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière dans un contexte où le médecin de ville est le premier adresseur à l'hôpital, bien avant le patient lui-même. Le contexte est celui de la mise en œuvre d'une politique d'aménagement du territoire organisée en bassins de santé, sur la base d'un décloisonnement des structures hospitalières et en vue du développement de modalités de travail partenarial. Si le projet est porté par la fédération, la dynamique institutionnelle vise à augmenter l'attractivité du groupe des centres et valoriser la spécificité et la pertinence du modèle des centres. *In fine,* il s'agit de repenser les modalités de prise en charge afin d'offrir une prise en charge innovante, complète, individualisée et humaine et développer les savoir-faire et la qualité de l'articulation avec la ville.

L'impact sur le contrôle de gestion est double ; outre les aspects organisationnels présentés ci-dessus, l'enjeu réside dans la mise en place d'un outil commun de mesure et de suivi des attentes et de la satisfaction des médecins correspondants des centres dans une démarche d'amélioration continue. Il prend la forme d'un questionnaire intégrant l'ensemble des critères d'évaluation de la satisfaction des médecins ainsi que de leurs attentes avec une prise en compte des thèmes et préoccupations liées notamment au diagnostic rapide et à la chirurgie ambulatoire. Il s'articule autour de six modules : profil des médecins, processus d'orientation des patients aux centres, image et satisfaction vis-à-vis du centre, focus sur le diagnostic rapide, focus sur la chirurgie ambulatoire, attentes et suggestions d'améliorations.

Une telle démarche est donc proche du projet de pôle santé à l'échelle du territoire, même si l'outil est moins précis et le projet organisationnel plus léger, la problématique est celle de l'orientation des patients vers le centre et d'une prise en charge prise en charge humaine, adaptée et personnalisée sur la base de liens resserrés entre médecine de ville et hôpital. Elle s'inscrit donc dans une démarche de type contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique.

9.1.2.2 Des médecins généralistes à l'intérieur de l'hôpital : un contrôle de gestion prospectif à visée organisationnelle

En interne, certains établissements ont choisi de recruter un ou plusieurs médecins généralistes avec pour mission principale l'amélioration du suivi du patient. Il intervient donc à plusieurs niveaux. Outre l'aide apportée au codage qui permet de mieux valoriser les comorbidités par exemple, son action se situe tout au long du séjour de patient en étroite coopération avec le médecin spécialiste. Il effectue une visite pré-anesthésique, prescrit et suit les bilans sanguins et contribue ainsi à la maîtrise des prescriptions, éduque le patient, et recherche les places en structure d'aval. L'apport est réel en termes de qualité des soins mais aussi d'organisation du séjour, de fluidité du parcours du patient et donc d'utilisation optimale des ressources, comme en atteste la réduction des durées de séjour suite à de tels recrutements.

On se situe donc ici dans un contrôle de gestion « hospitalier » prospectif et à visée organisationnelle.

9.1.2.3 Des structures d'hébergement à proximité des structures médicales : un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire

Enfin, certains établissements se lancent dans des projets de plus grande envergure qui dépassent la sphère du soin au sens strict en développant des structures d'hébergement à proximité du lieu de soins. Nous prenons une nouvelle fois l'exemple du cancer à travers l'appel à projets lancé par l'INCa en avril 2011 qui vise à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches une prise en charge dans les meilleures conditions possibles pendant les phases de traitement en cancérologie.

L'objectif de création de telles structures d'hébergement vise à assurer un hébergement à proximité des plateaux techniques de traitement, alternatif à l'hospitalisation complète, et ainsi améliorer le confort de la prise en charge des patients et de leurs familles mais aussi contribuer à la réduction des coûts de l'Assurance Maladie.

Nous citons l'exemple de l'un des établissements retenus. Par ce projet, le centre souhaite :

- Accompagner le développement d'une offre de soins d'oncologie ambulatoire en chirurgie, nutrition et endoscopie, en offrant aux patients les plus éloignés un hébergement alternatif à l'hospitalisation.
- Permettre la mise en œuvre de traitements itératifs hors hospitalisation complète, en offrant la possibilité aux patients traités en radiothérapie ou en chimiothérapie d'être hébergés à proximité de l'établissement dans des conditions plus confortables et moins onéreuses.
- Permettre une diffusion régionale des traitements innovants réalisés par le centre
- Garantir l'égal accès aux soins plus particulièrement à des traitements innovants en cancérologie sans que le lieu de résidence ne soit un handicap au bénéfice de tels traitements.
- Assurer un hébergement de proximité pour les familles de patients hospitalisés

En termes organisationnels, une« cellule de prise en charge des patients en ambulatoire » est mise en place. Elle est composée d'un cadre paramédical, d'un temps de coordonnateur médical (chirurgien, oncologue médical, nutritionniste, oncologue radiothérapeute), d'une permanence téléphonique et de secrétariat ainsi que d'un appui d'assistante sociale, qui gèrera le séjour du patient pris en charge en ambulatoire en s'assurant d'une part au regard de

sa pathologie de la bonne indication de prise en charge ambulatoire, et d'autre part des conditions de son hébergement dans cette structure hôtelière de proximité.

Les bénéfices attendus sont multiples :

- Les patients hébergés dans une telle structure pourront ainsi bénéficier en ambulatoire des traitements innovants et spécifiques proposés par le Centre, alors que leurs lieux de résidence rendent l'accès à ce type de soin problématique. Par ailleurs, les conditions d'aménagement de la structure leur permettront d'être hébergés dans un cadre confortable et familial susceptible de les aider à mieux vivre leur parcours de soins en évitant ainsi des trajets longs et fatigants.
- Par ailleurs, la présence des bénévoles de la Ligue dans la structure d'hébergement elle-même permettra d'apporter l'écoute, le soutien et les conseils spécifiques que cette association prodigue avec professionnalisme aux malades atteints de cancer.
- Les familles accompagnant les personnes hospitalisées pourront bénéficier à proximité immédiate d'un hébergement réconfortant et accessible financièrement.
- Pour la collectivité, un tel projet, outre le fait qu'il permettra une diffusion plus rapide des traitements innovants à moindre coût pour les organismes de protection sociale, évitera les coûts et nuisances associés aux transports.

En synthèse, si nous distinguons plusieurs types de contrôle de gestion, le périmètre des établissements peut toutefois couvrir plusieurs de ces champs d'actions ; un établissement pourra être doté de peu d'outils de pilotage voire de comptabilité analytique et mettre en œuvre des projets originaux à l'image du développement d'une structure d'hébergement par exemple. D'ailleurs, un tel projet est aussi un moyen d'attirer davantage de patients dans une logique de T2A et optimiser les recours aux structures d'ambulatoire et d'hôpital de jour.

Notre propos n'est donc pas de remettre en cause la comptabilité analytique hospitalière au profit d'une démarche plus ambitieuse de contrôle de gestion en réponse à des problématiques organisationnelles. Celle-ci demeure un point de départ incontournable. Le contrôle de gestion en interne peut alors répondre à différents objectifs :

- Dans sa version la moins ambitieuse pour rendre compte à la tutelle ;
- Dans sa version plus ambitieuse pour piloter en interne sur la base d'études prospectives même si l'impact sur l'organisation reste mesuré;
- Dans sa version la plus ambitieuse pour se positionner sur le territoire de santé.

9.2 Les conditions d'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé : des problématiques partagées

Nous l'avons compris, la problématique centrale est celle de l'organisation et des modes de coordination. Or, concertation et coordination sont d'autant plus délicates que les dispositifs sanitaires et sociaux correspondent à des systèmes financiers et décisionnels fondamentalement différents. A mesure que l'organisation s'ouvre, en interne avec pour ambition d'impliquer l'ensemble des acteurs hospitaliers à la démarche gestionnaire (choix des indicateurs, fixation d'objectifs, suivi et analyse au fil de l'eau, modélisation et aide à la formulation d'hypothèses réalistes), ou en externe dans le cadre d'une prise en charge adaptée et personnalisée dans et hors murs amenant plusieurs professionnels de santé à coopérer, on assiste à une dispersion des savoirs et une complexification des relations.

Cette complexification oblige alors à reposer un certain nombre de questions. Ces questions correspondent à des problématiques courantes à l'hôpital mais qui méritent d'être réexaminées dans le contexte actuel. Elles peuvent être classées en trois catégories, le financement, le Système d'Infirmation Hospitalier (SIH) et l'émergence de nouveaux acteurs autour de nouveaux métiers.

9.2.1 Modalités de financement et impact sur le contrôle de gestion : le paradoxe de la T2A entre qualité des soins et rentabilité

La question du financement est directement liée à celle de l'organisation. L'hôpital lui-même est certes financé sur la base de la T2A, mais d'autres modes de tarification coexistent plus ou moins liés à l'activité. De plus, dès lors que nous abordons des problématiques hors de l'hôpital, on sort du champ d'application de la T2A et d'autres modes de financement sont à inventer pour les établissements. Cette première question amène dès lors à envisager différents niveau du contrôle de gestion en termes d'allocation des ressources. La question peut être résumée de la manière suivante, « Que faire lorsque de nouvelles formes d'organisation se révèlent favorables à la qualité de la prise en charge mais non rentables au sens de la T2A ? ». Ces nouveaux modes d'organisation doivent être rapprochés d'une étude de rentabilité qui dépasse la seule logique imposée par la T2A.

Les trois terrains étudiés s'inscrivent dans cette pluralité de modes de financement. La construction d'un outil de simulation économique concerne le périmètre de l'hôpital au sens strict et s'inscrit, nous l'avons dit dans une vision budgétaire calquée sur le modèle de la T2A. A mesure que nous abordons l'hôpital « hors les murs », des financements ad-hoc doivent être trouvés, soit par l'obtention de MIGAC, soit de manière moins formalisée, par la négociation d'enveloppes avec les acteurs extérieurs.

Nous en déduisons des sources de financement alternatives à la T2A qui doivent être pilotées et donnent ainsi au contrôle de gestion de nouvelles finalités autour d'un périmètre d'action élargi.

9.2.1.1 La coordination de la prise en charge dans et hors murs : des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle

Un raisonnement simpliste pourrait nous amener à considérer que toute activité de coordination ayant pour finalité de permettre un retour au domicile du patient ou une prise en charge dans une structure d'aval de type Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées ou Dépendantes (EHPAD) est contraire à la logique de la T2A qui incite à davantage d'activité et donc de recettes.

Pour autant, elle contribue à diminuer la durée de séjour dont on sait qu'elle constitue une variable d'action réelle à l'hôpital. Une durée de séjour longue aura, en effet, un impact sur l'organisation du service et un éventuel allongement de la file d'attente dans la mesure où le service est saturé. Il en résulte une majoration des coûts essentiellement d'hôtellerie, de logistique et de gestion générale sans gain supplémentaire, le tarif du GHS étant forfaitaire. Parallèlement, doit être pris en compte un coût d'opportunité lié à la non-hospitalisation d'un patient supplémentaire.

Si l'on dépasse le seul débat économique, l'intérêt d'une coordination des soins en aval de l'hospitalisation ou sur la base d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, telle que les prises en charge en ambulatoire, réside également dans l'amélioration de la qualité des soins dont nous faisons l'hypothèse qu'elle se traduira par des gains économiques. En effet, une « bonne coordination » permettra d'éviter des réadmissions non justifiées, le plus souvent après passage aux urgences, des doublons de prescriptions dus à une mauvaise circulation de

l'information qui génèrent des dépenses inutiles sans apport réel sur la qualité des soins pour le patient. Par ailleurs, la coordination des soins répond aussi à la problématique actuelle qui vise à développer les traitements ambulatoires, en l'occurrence proposer des durées de séjour plus courtes à certains patients pour réserver l'hospitalisation complète aux prises en charges les plus lourdes.

Au final, une bonne coordination doit logiquement aboutir à la transmission d'une information adaptée et partagée sur la maladie et la démarche thérapeutique adoptée. Elle doit également éviter des retours inutiles au sein de l'établissement souvent générateurs de stress pour le patient, et se veut donc garante de la qualité des soins. Ce denier élément suggère des lors que des gains financiers peuvent être attendus d'une « bonne coordination » ; en effet des réadmissions non justifiées, le plus souvent après passage aux urgences, des doublons de prescriptions dus à une mauvaise circulation de l'information sont sources de dépenses inutiles sans apport réel sur la qualité des soins pour le patient. Autrement dit, l'intérêt de la coordination des soins s'inscrit dans une logique d'efficience en permettant une meilleure qualité à moindre coût.

Pour autant, un tel dispositif n'est pas nécessairement incitatif pour des établissements qui vont engager des dépenses en vue d'assurer ces actions de coordination. L'exemple de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) est à ce titre significatif ; il n'est pas directement producteur de soins auprès du patient mais son action est déterminante pour assurer la transmission de l'information entre tous les acteurs engagés dans la relation de soins, à commencer par le patient, acteur de sa prise en charge, notamment dans le cadre de la démarche d'éducation thérapeutique. Ces surcoûts doivent donc être compensés pour s'assurer de la pérennité de tels dispositifs dans un contexte de forte contrainte budgétaire pour les hôpitaux qui cherchent à maîtriser leurs dépenses et à développer leur activité valorisée en T2A.

Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination font donc partie des missions de service public financées par des MIG (Annexe : Offre de soins hospitalière - Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public). Charge donc aux établissements qui adoptent de telles démarches d'optimiser les financements possibles qu'il s'agisse de MIG mais aussi de réponse à des appels à projets émanant d'institutions. A titre d'illustration, l'Institut National du Cancer (INCA) accordent des financements en vue du soutien au développement de dispositifs porteurs tant en termes de qualité de soins que de rationalisation de l'offre de soins.

Finalement, la coordination des soins est un exemple d'activité non directement productrice de soins quantifiables à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). C'est le cas de l'essentiel des missions d'intérêt général (formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support...) pour lesquelles un système mixte reposant, d'une part, sur un financement à l'activité et, d'autre part, sur le maintien d'une dotation ad hoc, les « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC), destinée à compenser les charges liées à l'accomplissement de certaines missions a été proposé. Le cas de la recherche, mission explicitement formulée à l'égard de l'hôpital doit aussi être explicité.

9.2.1.2 Le pari de la recherche : quel financement du progrès médical

Autre exemple de mission d'intérêt général, la recherche clinique qui a fait l'objet d'une définition stricte dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) : « La recherche clinique est une recherche effectuée chez l'homme dont la finalité est l'amélioration de la santé humaine dans le respect fondamental de la personnalité et de l'intégrité de chaque individu. Cette recherche, centrée sur l'hôpital et gérée par l'hôpital, est une recherche au lit du patient qui vient en complément des recherches institutionnelles, fondamentales ou expérimentales ».

Plusieurs modes de financement peuvent être visés. Le premier concerne les MERRI, exemple intéressant du fait de l'évolution qu'il a connu ces dernières années. Avant la T2A (budget global), les MERRI n'étaient pas clairement identifiées et un taux d'abattement de 13% était attribué de manière quasi uniforme aux établissements assurant par nature des missions d'enseignement et de recherche en vue de neutraliser les surcoûts relatifs aux activités d'enseignement, de recherche clinique, de mise en œuvre de protocoles induisant des coûts de biologie ou de médicaments supplémentaires ou encore l'obligation de disposer d'équipements à la pointe du progrès technique. Depuis la T2A, cet abattement en enveloppe budgétaires MIGAC a été remplacé par la définition d'une liste des MERRI (arrêté du 12 avril 2005).

Depuis 2008, une nouvelle réforme s'applique aux MERRI par l'introduction d'une part modulable, dépendante d'indicateurs de recherche et d'enseignement. L'objectif affiché est

ainsi de prendre davantage en compte le niveau d'activité et les résultats. Les logiques sous-jacentes sont l'incitation au développement d'une recherche de qualité, la recherche d'équité, la valorisation et la diffusion de l'innovation et l'accompagnement du développement de « pôles de recherche », au plan géographique.

L'enveloppe est ainsi redécoupée en trois parties :

- Un socle fixe, qui assure une base minimale définie sur la base des dépenses (notamment des salaires médicaux) supportées par l'établissement ;
- Une part modulable, qui rémunère l'établissement en fonction de ses réalisations (étudiants, publications, brevets, recherche clinique) ;
- Une part variable, constituée de crédits dédiés à certaines activités labellisées (Centre d'Investigation Clinique par exemple ou faisant l'objet d'une contractualisation (tumorothèque)

L'introduction de la part modulable constitue ainsi un fort levier d'action en incitant à publier, en veillant au classement de la revue et au classement de l'auteur, et à faire encore davantage de recherche clinique en incluant un grand nombre de patients ; l'enjeu consiste pour les établissements à être promoteur d'essais, si possible les plus précoces possibles, et si possible à publier. L'objectif fédéral étant d'atteindre 15% de taux d'inclusion, les modalités de financement ont donc été adaptés à cette particularité.

En conséquence, les établissements se doivent d'être réactifs voire proactifs, même s'ils se heurtent à une difficulté conséquente qu'est celle d'une connaissance tardive des règles d'attribution des MERRI et plus globalement des MIGAC, lesquelles évoluent chaque année, sur la base de données recueillies parfois deux années avant et en fonction de préoccupations de santé publique parfois difficiles à anticiper.

Pour autant, les projets de recherche clinique doivent aussi être positionnés au regard des protocoles financés soit par le programme hospitalier de la recherche clinique, soit par des fonds propres dégagés par les hôpitaux universitaires, soit par des contrats, avec l'industrie pharmaceutique ou des organismes publics de recherche. A ce titre, les établissements se doivent d'être attentifs aux appels à projet lancés et y répondre en vue d'obtenir des sources de financement d'activités qu'ils pourraient être amenés à réaliser dans le cadre de leur mission de recherche.

Au final, la question qui se pose, à l'échelle non plus microéconomique, de l'hôpital mais plutôt au niveau macroéconomique est celle de nouvelles formes de rémunération à envisager pour ce type de prises en charges nouvelles, bénéfiques pour le patient à court terme dans le cadre de la coordination, à plus long terme dans une perspective de progrès technique sur la base d'une recherche clinique active, mais qui apparaissent *a priori* comme non rentables pour l'établissement. En termes économiques, ces gains pour le patient peuvent se révéler favorables pour équilibrer le système de santé et donc le rendre plus efficient. Il en résulte plusieurs niveaux de contrôle de gestion et donc des finalités différentes pour les acteurs

- Un niveau macroéconomique qui pose la question de la régulation globale du système de santé
- Un niveau microéconomique au niveau de l'établissement qui amène à s'interroger sur la place de la fonction contrôle de gestion au sein de l'hôpital : un intermédiaire entre direction générale (niveau stratégique) et pôles (niveau plus opérationnel)
- Un niveau intraétablissement au niveau du pôle qui rejoint la réflexion autour de la définition d'objectifs par les médecins eux-mêmes.

9.2.2 Des SIH vers un système d'information et de communication de santé

Si le parcours du patient s'inscrit dans une logique transversale obligeant à penser la coordination de la prise en charge dans et hors les murs, le processus de recueil et d'analyse des données se complexifie et pose la question de du système d'informations.

Le premier terrain s'appuie sur un SIH classique dans la moyenne des établissements hospitaliers dans la mesure où les données implémentées sont soit des données courantes, soit des indicateurs construits. La finesse du modèle oblige à recourir à des coûts et consommations d'activités médico-techniques moyennes par GHM ; or cette donnée est difficilement accessible et une alternative a été trouvée par le biais des données moyennes publiées dans l'échelle ENCC. Le cas de la coordination des soins externes illustre à l'inverse un cas où peu de données existent et sont donc à construire sur la base d'indicateurs ad-hoc, l'enjeu étant d'harmoniser ces données avec celles issues du SIH. Enfin la construction du tableau de bord a fait émerger un certain nombre de difficultés quant à l'agrégation de données provenant de sources différentes.

Outre le traitement des données dans une perspective de pilotage médico-économique, le système d'information est aussi le lieu de stockage de toutes les informations relatives au suivi du patient. Or, l'ouverture de l'hôpital s'accompagne d'une multiplication des données à intégrer et des acteurs susceptibles de partager des données.

La problématique opérationnelle se pose donc en termes d'information médicale et de confidentialité, celle du système d'information décisionnelle est quant à elle reliée aux difficultés du recueil des données et de leur analyse.

9.2.2.1 Apport du contrôle de gestion au système d'information décisionnel

L'informatique décisionnel (*Business Intelligence)*, est définie comme étant l'ensemble des moyens, outils, méthodes qui permettent de collecter, consolider, modéliser et restituer des données afin de fournir aux dirigeants une vue d'ensemble de l'activité traitée et faciliter le processus de décision. Un tel système nécessite un entrepôt de données (*datawarehouse*) pour stocker des données transversales provenant de plusieurs sources hétérogènes.

Le reporting est probablement l'application la plus utilisée pour sélectionner des données en fonction d'une période donnée, d'une production, d'un secteur, de le trier et les regrouper selon des critères définis, de réaliser des calculs (totaux, moyennes, écarts, comparatifs d'une période à l'autre…) et enfin de présenter les résultats de manière synthétique ou détaillée. Pour autant, le reporting ne peut être considéré comme un outil d'aide à la décision au sens strict. L'enjeu réside davantage dans la production d'instruments de type de tableaux de bord équipés de fonctions d'analyses multidimensionnelles.

A l'hôpital, l'informatisation de la fonction crée également des bouleversements évidents : Excel est historiquement l'outil le plus commun et reste encore aujourd'hui dominant. Mais depuis quelques années sont apparus des logiciels spécialisés de plus en plus pointus qui, selon les éditeurs, permettent des analyses plus fines, fournissent des données plus fiables, autorisent des décisions plus rapides. Ces progiciels de pilotage et de contrôle de gestion médico-économique visent le pilotage de l'établissement autour de trois actions complémentaires et quatre familles d'outils :

- Comprendre en analysant la situation économique ;
- Comprendre en mesurant la performance ;

- Piloter en anticipant les mutations ;
- Optimiser en organisant les pratiques.

Cette dernière étape est probablement la plus délicate à mettre en œuvre mais la plus prometteuse en vue d'identifier des leviers d'action et les déployer. L'objectif réside dans l'amélioration de la prise en charge. Nous citons l'exemple d'un module innovant qu'est celui de Filières Internes de Production de Soins (FIPS) qui vise à mettre en évidence les pratiques et organisations les plus pertinentes en matérialisant différents parcours de soins d'une même pathologie classée par GHM. Un tel module doit faciliter le dialogue médico-économique en raisonnant par pathologie au regard d'indicateurs économiques qui permettent de :

- Disposer d'un benchmarck interne et externe sur la base de l'ENCC et de filières cibles ;
- Mettre au regard les recettes et coûts pour différentes prises en charge ;
- Equilibrer les activités et garantir leur financement ;
- Disposer rapidement de leviers nécessaires au pilotage.

Tout l'enjeu consiste donc à saisir la complexité de la production hospitalière y compris la transversalité de la prise en charge qui suppose de dépasser la vision plate telle que fournit par la comptabilité analytique qui nous l'avons dit n'a qu'un impact faible sur les organisations, au profit d'une démarche plus dynamique qui vise à optimiser les pratiques et organisations. Ils se traduisent par une attention nouvelle portée aux processus sur lesquels repose la gestion globale d'un hôpital (gestion administrative, processus de soins, fonctions de supports, pilotage…), processus dont la complexité rend plus que jamais les systèmes d'information et de communication indispensables.

Cette problématique prend tout son sens lorsqu'on « étend » l'hôpital vers l'extérieur. Pour l'heure, l'enjeu ne réside pas dans la construction d'un outil décisionnel, nous avons vu que la réalisation d'un tableau de bord sur la base des comptes régionaux de la santé est un travail de longue haleine, nécessitant l'agrégation de bases de données très hétérogènes, mais dans le partage de données entre professionnels de santé dans et hors de l'hôpital.

9.2.2.2 L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture

Le « livre blanc » réalisé par les membres de Syntec Santé atteste de l'émergence d'un nouvel écosystème autour de la e-santé. Ce document est intéressant dans la mesure où il constitue

un document de référence qui définit pour une période donnée les objectifs d'une politique publique, le cadre dans lequel elle s'exerce et les choix qu'elle propose.

L'exigence de partage des données est particulièrement accrue dans le contexte de l'ouverture des établissements sur leur environnement (réseaux de santé notamment) et par l'impératif de replacer le patient au centre du parcours de soins. Ce partage se traduit par la numérisation des données de santé, la dématérialisation des dossiers et des comptes rendus, la mise en place d'une messagerie électronique ou encore l'archivage légal par exemple. L'enjeu réside dans le partage les informations en vue du décloisonnement des pratiques.

Le concept de « l'hôpital étendu », qui émerge actuellement et oblige à une nouvelle organisation de l'offre de soins sur un territoire de santé passe donc par la maîtrise des flux d'information, en amont et en aval de l'établissement. Ces nouvelles formes de collaboration entre les acteurs de santé encouragent la mutualisation de moyens et de ressources, prônée par les pouvoirs publics depuis le lancement du Plan Hôpital 2012. Les contraintes sont réelles et se traduisent en termes de volume, de disponibilité, de sécurité et d'interopérabilité et pourront faire l'objet d'un traitement local ou mutualisé, externalisé ou non. L'une des difficultés réside dans l'absence d'identifiant du patient national et donc l'existence d'un Identifiant Permanent Patient (IPP) par établissement en attendant un hypothétique Dossier Médical Personnel (DMP). L'hôpital est donc encore considéré de manière isolée en oubliant que le patient passe d'un établissement à un autre. Certaines expériences sont tentées à l'image de la mise en place d'un Identifiant Patient Régional (IPR) et la mise en place d'un Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR).

Certains éditeurs de logiciel travaillent aussi sur la création de portails Ville / Hôpital autour de trois fonctionnalités que sont la visualisation des venues du patient, l'accès aux résultats d'examens du patient (biologie, images de radiologie) et la notification d'événements. Il en résulte plusieurs axes d'optimisation :

- Augmentation de l'attractivité de l'établissement grâce à l'ouverture du dossier patient aux correspondants privilégiés permettant de pallier l'écueil de comptes rendus d'hospitalisation absents ou envoyés avec un délai jugé trop long par les médecins généralistes par exemple ;
- Réduction de coûts au profit de tâches à plus forte valeur ajoutée ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge et de la continuité des soins grâce à la mise à disposition rapide d'informations pertinentes et choisies.

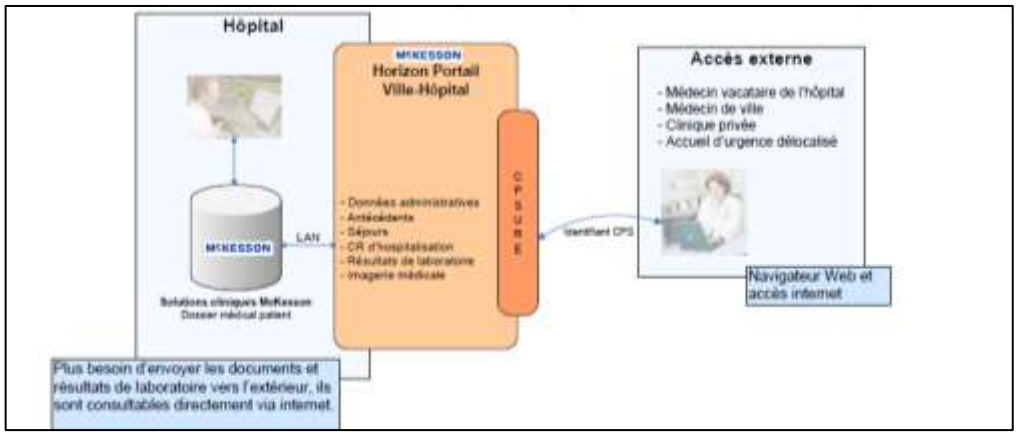


Figure 35 : Fonctionnement d'un portail Ville-Hôpital
Source : McKesson

L'étape suivante repose sur la mise en place d'une messagerie sécurisée intégrée qui permet d'envoyer les documents concernant le patient de manière rapide et efficace, sans manipulation supplémentaire pour le médecin. Installé entre le serveur de messagerie de l'établissement et Internet, il sécurise les messages électroniques par cryptage des messages sortants et décryptages des messages entrants et dépend du niveau de déploiement de la Carte Professionnelle de Santé (CPS).

Finalement, la numérisation des établissements de soins ne constitue pas tant une révolution technologique qu'une révolution médicale et sociale : en associant tous les acteurs, quelle que soit la structure dans laquelle ils opèrent (hôpital, maison de santé, …), elle replace le patient au cœur du système de soins et permet une médecine à la fois plus efficace, moins onéreuse et plus humaine. Aujourd'hui, les médecins partagent des informations et prennent des décisions en concertation et font donc des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) un levier d'efficience. Tout l'enjeu réside donc dans le passage progressif du Système d'Information Hospitalier (SIH) à un Système d'Information et de Communication en Santé. Celui-ci s'inscrit dans la problématique de l'émergence d'une fonction de coordination des soins pour amener l'ensemble des professionnels de santé à coopérer.

9.2.3 Positionnement des acteurs : des métiers émergents autour de la fonction de coordonnateur

Dans le contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé que nous avons mis en évidence (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins…), la lisibilité de ces évolutions, et surtout de leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs, est déterminante. Identifier les changements probables à moyen et long terme permet de les anticiper et donc de s'y préparer. Encore faut-il identifier ces acteurs clés qui contribueront à dépasser les évolutions aujourd'hui à l'œuvre dans les champs sanitaire, social et médico-social et qui modifient en profondeur l'organisation du système de soins.

L'identification d'un certain nombre de facteurs d'évolution probables à moyen et long terme, à travers les signaux faibles que nous avons identifiés amène à s'interroger quant à leur impact sur les ressources humaines et les organisations. Il en résulte une sélection de métiers ou groupes de métiers dits « sensibles », c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir. Selon la typologie retenue par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH), trois catégories de métiers sont, en effet, susceptibles d'être impactés : les métiers du soin, les métiers administratifs de la sphère médicale et les métiers supports. Au regard des enseignements issus de notre recherche, nous développons cette réflexion autour d'acteurs émergents que sont l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le médecin généraliste en vue de la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, le contrôleur de gestion et le responsable du Système d'Information en tant que métiers supports et enfin, le médecin DIM et l'équipe de Technicien de l'Information Médicale (TIM) comme garants d'une analyse médicale de l'activité.

9.2.3.1 Les métiers du soin : l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le rôle pivot du médecin généraliste

La fonction de coordination à proprement parler appelle à l'émergence d'un nouveau métier, celui d'infirmier coordinateur(trice), dont les missions n'ont pas encore été clairement formalisées. Pour autant, cette situation devrait évoluer sur la base des nombreuses expériences menées à évoluer et avec comme support l'expérience acquise issue du métier d'infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

Une fiche métier de « Coordinateur(trice) parcours patient », classée au sein de la famille « Soins » et de la sous-famille « Management des soins » est en cours de construction. Les missions suivantes seront données à cet acteur dont la montée en puissance devrait s'organiser progressivement :

- « Etablir des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, en accord avec l'établissement de santé référent et du patient ;
- Préciser les différents types d'intervenants nécessaires selon le projet de soins établi ;
- Organiser avec le médecin traitant, en collaboration avec l'équipe hospitalière, le retour au domicile du patient, dans les conditions les plus adéquates possibles ».

Il en découle un rôle nouveau donné au médecin généraliste. Le plan Cancer 2009 – 2013 décliné en trente mesures insiste plus particulièrement sur six d'entre elles : la mesure 18 vise notamment à « Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant » et la mesure 25 est relative au développement d'une « prise en charge sociale personnalisée pour accompagner l'après cancer ». Le rôle du médecin traitant est donc renforcé à tous les moments de la pris en charge pour permettre une meilleure vie avant, pendant et après la maladie. La loi HPST elle-même insiste sur le rôle pivot du médecin généraliste en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins. Son action se décline en cinq axes :

- Orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- Coordination des soins ;
- Respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques ;
- Synthèse des informations transmises par les professionnels de santé ;
- Prévention et dépistage.

9.2.3.2 Les métiers de support : le contrôle de gestion et le passage du service informatique à une direction du système d'information

En interne, la structuration en pôles amène à considérer un niveau intra-organisationnel caractérisé par une grande hétérogénéité des situations due à l'historique de chaque établissement, au type d'activités, à la configuration spatiale et à la taille de l'établissement. En particulier, les prérequis matériels de la déconcentration ne sont pas toujours réunis, les

outils de base du management, tels que les tableaux de bord médico-économiques n'étant pas toujours disponibles au niveau des pôles.

La question clé qui apparaît à l'heure actuelle est celle du degré de déconcentration. Pour autant la déconcentration oblige à conserver un niveau supérieur facilitant l'agrégation des informations issues des pôles. La fonction contrôle de gestion a vu son champ d'action renforcé. Les tendances d'évolution du métier et les facteurs clés à moyen terme tels qu'ils figurent dans la fiche métier issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière visent ainsi « l'intégration du contrôle de gestion à la stratégie de l'établissement, la montée en puissance de la transparence des dépenses et le développement d'outils d'aide à la décision ». Le dialogue de gestion doit ainsi être orchestré et amène à repenser la fonction contrôle de gestion à l'hôpital autour de nouveaux métiers. La déconcentration vers le pôle s'effectue alors sur la base d'un transfert des compétences vers le cadre administratif de pôle, également appelé assistant de gestion.

Parmi les facteurs d'évolution du métier issus des monographies de dix métiers et groupes métiers sensibles identifiés par l'ONEMFPH[23], figurent l'évolution médico-économique, l'évolution de l'organisation interne et l'évolution technologique. Les enjeux de ressources humaines et pistes d'action qui en résultent pour accompagner l'évolution du métier se traduisent en termes de développement d'une compétence collective et partagée de la fonction « entre l'équipe de direction centrale et les décisionnaires dans les pôles et les différentes fonctions support. Le contrôleur de gestion doit permettre aux acteurs demandeurs d'analyse d'interpréter les données fournies par le contrôle de gestion central, voire d'établir par eux-mêmes des tableaux d'analyse. Ces mêmes utilisateurs d'information traitée et analysée sont également producteurs d'informations utiles au contrôleur de gestion. Ce sont donc les utilisateurs qui sont capables de configurer les outils de restitution des informations selon leurs besoins ; ils permettent surtout d'interpréter concrètement, en cohérence avec la réalité de l'activité, les données qui sont disponibles au niveau central ; ils

23 Le tome 2 de l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière dresse 10 monographies de ces métiers : quatre métiers du soin (Aide-soignant, Aide médico-psychologique, Auxiliaire de puériculture - Groupe infirmier - Manipulateur en électroradiologie - Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle), trois métiers administratifs de la sphère publique (Cadre administratif de pôle - Secrétaire médicale - Technicien d'information médicale) et trois métiers de support (Acheteur - Contrôleur de gestion - Responsable de système d'information)

peuvent, le cas échéant, proposer des modifications des modalités de collecte et de traitement des informations à la source de façon à obtenir les bonnes données ». Il n'y aurait donc plus un seul contrôleur de gestion, dont nous avons discuté du rôle de conseiller, mais plusieurs acteurs du contrôle de gestion susceptible de faire du contrôle de gestion « sans s'en rendre compte ».

Autre action nécessaire facteur d'évolution du métier, le développement d'une compétence en prospective microéconomique et en évaluation de l'efficience. Or cette compétence est particulièrement difficile à maîtriser, compte tenu notamment des incertitudes sur l'évolution des tarifs et des politiques publiques. La complexité de la tâche à accomplir nécessite qu'il trouve en interne et en externe toutes les informations nécessaires en matière réglementaire, tarifaire, médico-économique. L'intérêt de partager la veille avec le service du DIM et le service financier est évident. On peut également souhaiter que les contrôleurs de gestion communiquent entre établissements pour établir des données de comparaisons, pour échanger sur les analyses et prospectives menées par chacun.

Le travail de modélisation sous-jacent à la construction d'outils de gestion adaptés, opérationnels et utilisés amène aussi à plaider en faveur d'un nouveau métier à l'hôpital, celui d'ingénieur en organisation chargé de modéliser des processus transversaux et ainsi de veiller au décloisonnement de l'hôpital entre services, qu'il s'agisse de services administratifs, médicaux ou médico-techniques.

Enfin, la professionnalisation du métier doit s'accompagner d'une bonne compréhension du système d'information qui se déploie et des outils dédiés de traitement de données ; le contrôleur de gestion travaille en collaboration avec le responsable du système d'information dont on a soulevé l'évolution de la fonction et qui fait lui aussi partie des métiers considérés comme sensibles.

9.2.3.3 Les métiers administratifs de la sphère médicale : l'émergence du DIM et des Techniciens de l'Information Médicale

Le médecin DIM est un des acteurs clé du contrôle de gestion et tient un rôle essentiel dans le dialogue de gestion. Créé à partir de 1991, le Département d'Information Médicale a pour mission de collecter, traiter, transmettre et exploiter les informations médicales concernant

les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement. Sa création résulte d'un double mouvement, celui du développement des technologies de l'information et de la nécessité de mettre en place une maîtrise des dépenses. Le département (qui peut constituer dans l'organigramme un service à part entière) s'appuie le plus souvent sur une équipe de techniciens d'information médicale encadrée par des médecins. Dans le cadre de cette évolution, on voit que le Technicien de l'Information Médicale (TIM) joue un rôle clé. On observe aussi un rapprochement avec le contrôle de gestion. Ce rapprochement est symptomatique de l'apport du DIM dans le pilotage et l'analyse du fonctionnement de l'établissement, qui doit donc s'appuyer sur l'analyse de l'activité médicale.

D'autres activités peuvent être confiées au service DIM et éventuellement mises en œuvre par des TIM ou des personnes spécialisées : l'archivage des dossiers médicaux, et la communication du dossier patient, le contrôle de la qualité du dossier médical ou encore l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation.
Les TIM peuvent également être associés au travail d'identité-vigilance.

L'évolution est en cours, mais connaîtra un déploiement accéléré dans les années à venir. Elle impacte fortement l'activité d'archivage des dossiers mais pas seulement. Il existe un enjeu de sécurisation du système d'information patient : éviter des exploitations non autorisées, s'assurer de la fiabilité des informations et de leur pérennité. La relation DIM et services informatiques est accentuée, et la gestion des accès à l'information pourra être confiée à un TIM qui devra maîtriser les questions juridiques et éthiques de la communication et de l'archivage des informations.

Conclusion du chapitre 9

Le contexte global est, nous l'avons dit, porteur de complexité, qu'il agisse de la mise en place de la T2A et ses conséquences sur les modes de financement des établissements de santé et les évolutions organisationnelles intra et extrahospitalières qui visent la restructuration territoriale de l'offre de soins. La relation de soins elle-même évolue en vue de la mise en place d'un parcours de soins individualisé et coordonné.

A partir de ce constat nous en déduisons plusieurs types de contrôle de gestion qui doivent répondre à cette double mutation, celle des modes de financement et celle des nouvelles dynamiques organisationnelles. Deux variables résument cette évolution, la pathologie et son corollaire, le type de prise en charge. Finalement, c'est le développement de dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations que nous semble caractéristique de cette évolution : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de pathologies mentales, populations précaires.

Nous en déduisons que la prise en charge hospitalière n'est plus suffisante et doit être pensée en lien avec d'autres modes de prise en charge. Pour autant, celle-ci reste souvent à l'initiative de l'hôpital qui s'ouvre sur l'extérieur pour mieux organiser les soins en interne. C'est ainsi que nous défendons l'idée de deux grandes familles de contrôle de gestion, l'un strictement hospitalier, l'autre médicalisé. Ce premier découpage est alors complété par l'horizon temporel visé, de l'analyse rétrospective ou du suivi au fil de l'eau vers une démarche plus anticipative de la prise en charge hospitalière.

Finalement, l'exemple des pathologies chroniques est particulièrement pertinent et mêle ces deux visions. La coopération entre professionnels de santé a vocation à éviter les complications liées à une pathologie chronique, et par voie de conséquence les dépenses qui en découlent : séjours hospitaliers, consultations, arrêts maladies, consommation de médicaments. Le bénéfice économique est donc directement mesurable, à la fois pour l'assurance maladie, et pour les patients.

L'impact sur le contrôle de gestion à partir de l'élargissement du champ d'action et de l'horizon temporel concerné nous amène finalement à poser la question de la distinction entre la fonction et les individus qui l'incarne postulant ainsi que cette fonction n'est plus réservée au seul contrôleur de gestion à l'image des nombreux acteurs qui émergent qu'ils soient issus

des métiers du soin, ou de métiers administratifs issus de la sphère médicale, ce qui confirme ainsi la médicalisation de cette fonction. La fonction peut regrouper plusieurs personnes qui couvrent des domaines de compétences complémentaires, ressources humaines, information médicale, finances, cadres de pôles. Globalement, deux questions demeurent, celle de la cohérence et de la coordination des objectifs de l'ensemble de ces personnes et donc celle de la responsabilité de la fonction contrôle de gestion et des personnes que cela regroupe. Pour autant, cette multiplicité d'acteurs est garante d'une approche multidimensionnelle de la performance inhérente à la fonction contrôle de gestion et favorable à la mise en œuvre d'une dynamique de l'action collective.

La première conclusion que nous retenons, sur un plan qui se veut pratique est donc celle d'un contrôle de gestion qui reste hospitalier mais décliné à plusieurs niveaux.

- Un niveau interne qui justifie le maintien d'un contrôle de gestion fondé sur la logique inhérente à la T2A. Elle s'applique alors à des pathologies que nous qualifions de ponctuelles et nécessitent une prise en charge hospitalière ; l'enjeu réside dans l'organisation de la prise en charge, la gestion anticipée des lits ;
- Un niveau externe qui considère le passage à l'hôpital comme un maillon du processus de prise en charge au départ ou au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie ; l'enjeu réside dans la coordination des soins entre professionnels de santé.

De cette vision initiée par l'hôpital, dont nous mesurons les impacts concrets sur les professionnels de santé, il convient toutefois de s'interroger quant à l'impulsion du contrôle de gestion à un niveau supérieur qu'est celui de la tutelle au niveau national ou sa déclinaison régionale. Le recours à la théorie permet alors de synthétiser l'ensemble de ces éléments de réflexion en vue d'apprécier la pertinence des résultats mis en évidence ou soulever les questions qui restent à analyser.

Chapitre 10. Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus de construction conjointe des savoirs et des relations

10.1 Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus continu de conception innovante 333

10.1.1 Théories du raisonnement de conception : notion de modèle génératif..... 334

10.1.1.1 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante 334

10.1.1.2 Les connaissances et leur articulation comme ingrédients du travail de modélisation : la mise en évidence du principe de non séparabilité « savoirs-relations » 338

10.1.2 Du mythe rationnel à l'outil imparfait : l'outil à trous et le degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion 341

10.1.2.1 Réduction de la distance S/R : du concept à la connaissance 341

10.1.2.2 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante : réduction de la distance S/R et degré de modélisation..... 343

10.2 Retour aux apprentissages collectifs : C/K et S/R deux cadres d'analyse au service des problématiques terrains.....345

10.2.1 Conditions du recours à la théorie C/K en tant qu'approche métier : expert, conseil et consultant 346

10.2.1.1 Le statut de connaissance de la comptabilité analytique hospitalière n'est pas garant de sa mise en œuvre : le recours au consultant en tant qu'expert 347

10.2.1.2 La relation client / consultant : la fonction symbolique du consultant en tant que conseiller 348

10.2.2 Action politique et recherche : deux espaces d'expression du principe de non séparabilité « S/R » 351

10.2.2.1 L'action politique et la formalisation de nouvelles relations..... 351

10.2.2.2 Apport du chercheur : l'apprentissage collectif garant du principe de non séparabilité S/R 353

Conclusion du chapitre 10 355

En privilégiant des enjeux organisationnels transversaux dans et hors de l'hôpital, nous nous éloignons de problématiques plus classiques de contrôle de gestion tournées vers le calcul des coûts. Plusieurs remarques doivent être formulées. D'une part des méthodes originales pour traiter cette question des coûts de la santé peuvent être développées, à l'image de notre expérimentation de tableau de bord des dépenses et recettes de l'assurance maladie sur un territoire. Nous ne renonçons donc pas à cette finalité du contrôle de gestion et son corollaire, l'allocation des ressources à l'échelle du territoire. D'autre part, elle nous amène à considérer le contrôle de gestion en tant qu'outil d'aide à la décision stratégique en lien avec la dynamique de l'action collective qui apparaît comme une condition à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs garant de leur implication dans ces nouvelles formes organisationnelles.

Une réflexion nouvelle apparaît donc autour de l'articulation des savoirs détenus par des acteurs de plus en plus nombreux et qui doivent entrer en relation. C'est en ce sens que nous parlons de contrôle de gestion. Reste à déterminer le champ d'application de ce contrôle de gestion.

L'ensemble des terrains étudiés a pour point commun de partir de l'hôpital, même si le champ s'élargit au profit d'une intégration de l'hôpital sur le territoire de santé. Peut-on alors pousser notre raisonnement jusqu'à envisager un véritable contrôle de gestion à l'échelle du territoire qui supposerait d'identifier un contrôleur de gestion, de prendre des décisions stratégiques, d'allouer les ressources et d'animer la coordination entre l'ensemble des acteurs de santé sur le territoire. N'est-ce pas là le rôle imparti aux ARS depuis la loi HPST ?

Avant de répondre à ces questions, il nous semble important d'établir un diagnostic de cette fonction à l'échelle du territoire et sur cette base mesurer les obstacles qu'ils restent à franchir tant du point de vue de la construction des outils que des structures responsables de cette fonction.

Le recours à la théorie de la conception permet de progresser dans la formalisation de notre problématique en introduisant la nécessaire réflexion sur l'espace des connaissances détenues par les acteurs. L'articulation entre ces connaissances passe par une analyse de l'espace entre des savoirs détenus par des acteurs qui interagissent et dont les relations sont délicates à modéliser tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Nous situons donc notre recherche dans le cadre d'un processus de conception que nous avons souvent qualifiée d'innovante. Formalisée

à la suite des travaux d'Hatchuel, la théorie C/K constitue, à ce sujet, une réponse théorique complète. En distinguant l'espace des connaissances comme étant un ensemble de propositions ayant toutes un statut logique et celui des concepts comme étant un ensemble de propositions indécidables c'est-à-dire dépourvues de statut logique, elle nous donne une grille d'analyse pertinente de situations de gestion peu formalisées et ce d'autant plus dans le contexte d'une déstabilisation de l'objet d'étude, ici l'hôpital.

Ceci soulève un certain nombre de questions : le statut de concept de contrôle de gestion même médicalisé est-il dépassable ? Peut-on réellement parler de contrôle de gestion alors qu'on s'éloigne des outils traditionnels tournés vers la comptabilité analytique et que de nouvelles formes d'organisations émergent ? Comment articuler l'action d'acteurs aux savoirs hétérogènes mais qui doivent de plus en plus entrer en relations et partager leurs savoirs.

Au final, il nous semble que le contrôle de gestion médicalisé, quel que soit son champ d'application a fait jusqu'ici l'objet d'un processus de conception certes innovante mais aussi continue, à mesure que l'on progresse dans la formalisation du contrôle de gestion d'abord hospitalier autour d'enjeux évolutifs (comptabilité analytique, dialogue de gestion en interne, élaboration de la stratégie sur le territoire de santé) vers une approche plus systémique des problématiques de santé. Où en est-on aujourd'hui dans le contexte récent de la loi HPST et de l'émergence des ARS et jusqu'où un tel processus peut-il aller ?

A partir de l'analyse de ce processus continu de conception innovante et du principe de non-séparabilité des savoirs et des relations que nous détaillerons (10.1), nous proposons d'utiliser ces théories pour comprendre le rôle de chacun des acteurs participant à la réflexion autour des enjeux du systèmes de santé, qu'ils soient acteurs terrains, consultants, chercheurs ou politiques (10.2).

10.1 Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus continu de conception innovante

L'objet de notre recherche porte sur le contrôle de gestion initialement qualifié d'hospitalier en vue de dépasser la seule comptabilité analytique hospitalière. Pour autant, à mesure que l'objet hôpital est déstabilisé, nous devons adopter une approche plus systémique qui dépasse

le cadre strict de l'hôpital. Il en résulte un objet nouveau, peu formalisé, sans statut logique, que nous résumons sous le vocable de contrôle de gestion médicalisé et qualifions de concept. Pour bien comprendre la démarche de recherche entreprise nous nous appuyons sur la théorie de la conception. De plus, ce nouveau concept est caractérisé par l'émergence de nombreux acteurs peu habitués à coopérer. Ces acteurs détiennent de nombreux savoirs hétérogènes mais complémentaires et doivent donc entretenir des relations de plus en plus complexes qu'il s'agit d'organiser et ne pas prendre le risque d'une relation de soins trop morcelée. A l'inverse, la réflexion doit être pensée de manière plus positive autour d'une prise en charge personnalisée au service de la qualité des soins et du bien-être des patients.

10.1.1 Théories du raisonnement de conception : notion de modèle génératif

Le processus de conception innovante que nous étudions est basé sur une réflexion double ; partant du statut de concept du contrôle de gestion médicalisé, son étude repose sur l'expansion des connaissances, mais à l'inverse l'espace des concepts s'étend à mesure que s'expandent les connaissances. Pour définir l'ensemble de ces termes sur la base de la théorie existante nous introduisons de manière complémentaire les travaux relatifs à la distance entre savoirs et relations qui s'accroit à mesure que l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur et déstabilise ainsi l'objet du contrôle de gestion au départ hospitalier.

L'enjeu réside dans la réduction de cette distance que seul le processus de conception innovante rend possible. L'étude des trois terrains de recherche caractérisés par cette ouverture progressive de l'hôpital intégrant différents niveaux de l'organisation permet de prendre en compte cette déstabilisation de l'objet hôpital et progresser dans la connaissance d'un contrôle de gestion dont le développement reste à formaliser.

10.1.1.1 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante

La question de la représentation du raisonnement de conception a fait l'objet de nombreuses recherches Clark (1985), Marples (1961), Alexander (1964) et Simon (1962). Ces travaux montrent que tout travail de conception consiste à assurer la cohérence entre l'objet conçu et son contexte d'utilisation. La compréhension de l'interaction entre ces deux dimensions est

essentielle à toute démarche d'élaboration d'un outil de gestion. La théorie C/K (Hatchuel, 2002), s'inscrit dans cette tradition et la prolonge. Pour ces auteurs, les processus de conception de nouveaux objets reposent sur la distinction formelle entre deux espaces : l'espace des concepts (C) et l'espace des connaissances (K, comme knowledge). Par définition, l'univers (ou espace) des connaissances est l'espace des propositions qui ont un statut logique (comptabilité analytique, analyse des coûts, groupe homogène de malades…) et l'univers des concepts est l'espace des propositions qui ne sont ni vraies, ni fausses.

Appliqué à notre réflexion, nous postulons que le contrôle de gestion médicalisé répond à cette deuxième définition et constitue donc un concept dont nous étudierons les conditions d'émergence. A ce stade, nous notons que cet univers a une structure en arborescence. La base de la théorie C/ K tient dans la double expansion des connaissances et des concepts proposés.

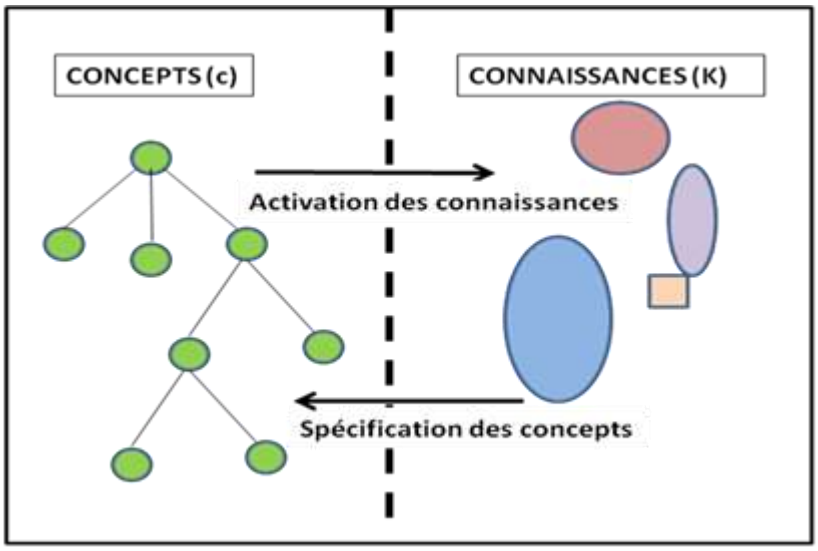


Figure 36 : La distinction de deux espaces dans la théorie C/K

Tout en étant distincts, ces deux espaces interagissent constamment entre eux à l'aide des deux opérateurs de disjonction et conjonction, la disjonction K / C permettant de formuler une proposition de concept à l'aide d'une connaissance alors que la conjonction C-K permet de confronter un nouveau concept à l'espace des connaissances. Seul l'espace des concepts est structuré en arbre, alors que les connaissances sont apportées de manière plus désordonnée au fur à mesure des champs d'investigations étudiés.

Cette théorie fait appel à quatre opérateurs :

- La disjonction K-C, c'est l'opération qui allant de K vers C permet la formulation d'un concept à partir d'une proposition de départ émanant de l'espace K ;
- La conjonction C-K, symétrique de la disjonction. Elle marque le moment où l'ensemble des propriétés du concept trouvé est vrai dans K. Lorsqu'une telle proposition est acceptée, le raisonnement de conception peut être arrêté ;
- La déduction K-K, c'est la capitalisation des connaissances acquises qui découlent les unes des autres pour étoffer les poches de connaissances ;
- La partition C-C, correspondant à la progression dans l'univers des concepts.

Cette représentation nous invite donc à raisonner simultanément sur deux dimensions, les concepts et les connaissances, ce que ne fait pas la littérature sur la conception de nouveaux concepts de contrôle de gestion à l'hôpital dans lesquelles les deux dimensions ne sont pas mises explicitement en relation. En s'appuyant sur la théorie C-K, c'est la disjonction qui constitue l'une des difficultés majeure à l'hôpital dans la mesure où le passage des connaissances vers de nouveaux concepts ne va pas de soi sans une réflexion sur les démarches du contrôle de gestion.

Cette réflexion sur l'espace des connaissances soulève une question nouvelle, celle d'une corrélation entre la capacité à identifier et mesurer ces connaissances, le niveau de compétence du contrôle de gestion et l'opportunité qui en découle pour mettre en œuvre efficacement de nouveaux outils. Or, les hôpitaux sont caractérisés par une grande diversité en matière de contrôle de gestion, certains se contentent de répondre aux demandes de la tutelle d'autres vont plus loin en menant de véritables études médico-économiques de projets stratégiques clairement identifiés. Parmi les facteurs explicatifs on peut citer, l'existence d'une équipe spécialement dédiée au contrôle de gestion, l'expérience de leur contrôleur de gestion et sa connaissance de l'hôpital ainsi que l'accessibilité des données qu'il s'agisse de la qualité du système d'information hospitalier ou du recueil sur le terrain.

Comme nous l'avons vu plus haut, c'est l'identité même de l'objet contrôle de gestion qui devient centrale. La reformulation de l'identité de l'objet par expansion ou par révision est un véritable acte de conception. Encore faut-il examiner les mécanismes qui permettent de produire les partitions expansives susceptibles de convaincre de leur originalité ou de leur valeur à partir des connaissances disponibles.

C'est l'ensemble de ce processus que nous avons utilisé au cours de notre recherche et que nous restituons dans cette thèse. En effet, si nous reprenons le cheminement de notre réflexion en lien avec une méthode de recherche de type abductif, nous considérons successivement les étapes suivantes :

– Le contrôle de gestion hospitalier comme concept (C), basé sur l'articulation de deux éléments ayant le statut de connaissance. Le contrôle de gestion d'une part (K), c'est-à-dire les méthodes et outils utilisés sur le terrain mais aussi ses finalités en tant que discipline ayant fait l'objet de recherches en management, la comptabilité analytique hospitalière d'autre part (K) et l'ensemble des outils qui se sont développés successivement (retraitement comptable, ENCC, Base d'Angers, CREA...) en lien avec la question de l'allocation des ressources et du calcul des coûts ;

– L'articulation de l'ensemble de ces connaissances (K-K). Toute exploration de nouvelles formes de contrôle de gestion repose, en effet, sur un changement de la structure de l'espace K des connaissances, élargi aux connaissances détenues par d'autres acteurs extrahospitaliers ;

– Les insuffisances du concept de contrôle de gestion hospitalier sur la base d'une déstabilisation de l'objet hôpital ; le passage de l'espace des connaissances à celui du concept ne possède pas de frontières clairement définies. La transition vers le concept suppose l'articulation de connaissances nouvelles et hétérogènes et la coordination des acteurs qui les détiennent (K-C) ;

– L'émergence d'un nouveau concept (C-C), celui d'un contrôle de gestion non plus hospitalier mais médicalisé.

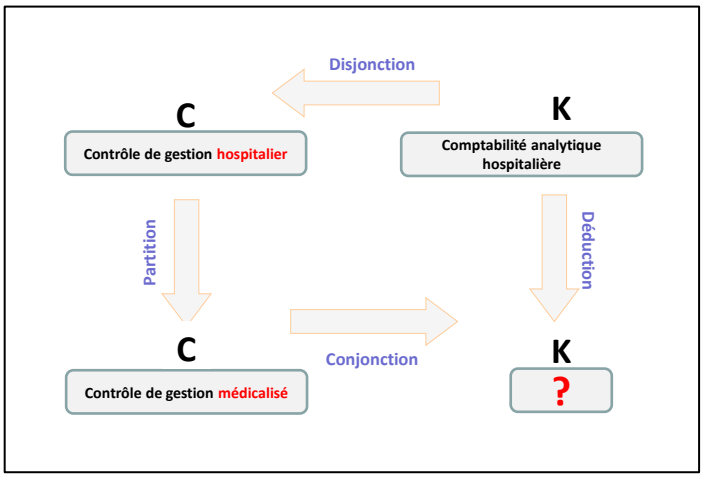


Figure 37 : Les quatre opérateurs de la théorie C-K appliqués au concept de contrôle de gestion en santé

Que pouvons-nous déduire d'un tel processus de recherche ? Rappelons que notre démarche s'inscrit dans le cadre d'un raisonnement de type abductif qui considère le mode de recherche et d'obtention de connaissances nouvelles comme un processus de conception. Autrement dit, la question qui demeure est celle du passage du contrôle de gestion médicalisé en tant que concept à celui de connaissances qui mettrait ainsi fin au processus de conception.

Nous ne prétendons pas avoir atteint un tel stade à l'issue de cette thèse en lien avec le double objectif visé qui cherche à apporter des éléments concrets aux professionnels du terrain tout en s'interrogeant quant à la discipline contrôle de gestion et la valorisation de la recherche en gestion de la santé. Des questions demeurent, les solutions sont encore à imaginer et à tester et l'ensemble de ce processus devrait perdurer et susciter ainsi le débat et permettre à chacun d'enrichir sa réflexion.

Quoi qu'il en soit, la problématique posée aux acteurs terrain comme aux chercheurs et objet de ce processus est celle de l'articulation de connaissances hétérogènes et des conditions de mise en œuvre d'une dynamique de l'action collective.

10.1.1.2 Les connaissances et leur articulation comme ingrédients du travail de modélisation : la mise en évidence du principe de non séparabilité « savoirs-relations »

Nous reprenons ici les travaux d'Hatchuel qui, avant de considérer le principe de non-séparabilité « savoirs-relations », en définit des attributs, précise la corrélation nécessaire entre savoirs et relations et les positionne sur cette base comme des préalables nécessaires à une bonne compréhension de l'action.

- L'opérateur « savoir » est ainsi associé à deux notions ; celle de la réflexivité d'une part, qui précède l'action ou la suit et implique que le savoir puisse être révisable, celle de la limite d'autre part qui suggère qu'aucun acteur ne peut prétendre ni « tout » savoir, ni « rien » savoir ;
- L'opérateur « relations » est consécutif à celui des savoirs et doit être vu comme étant un moyen d'apprécier par autrui le savoir de A ; la « relation » entre A et B n'est alors rien d'autre qu'un lien que A ou B peut établir entre le savoir de A et celui de B.

Toute action collective humaine repose alors sur le principe de non séparabilité « savoirs-relations ». Il n'y a en effet pas plus de savoir absolu, indépendant des relations, que de société absolue, indépendante des relations. Ce principe s'inscrit alors dans une nécessaire réflexion collective, préalable nécessaire et constitutif de l'action. C'est ce principe qui rend possible « l'organisation », qu'elle soit privée, à l'image de l'entreprise, ou non, dans le cas des associations par exemple.

La relation de soins repose sur une grande diversité d'organisations, institutionnelles à l'image de l'hôpital ou des réseaux de santé par exemple, ou plus informelles à l'image des réseaux domestiques tels que présentés par Escaffre (2008). La complexité de la relation de soins, quel que soit le niveau de l'organisation considéré, en fait une des formes les plus universelles de l'action collective.

Deux mouvements peuvent être mis en évidence dans le cadre d'une action collective. Dans un sens, il s'agit de reconstruire des relations compatibles avec une modification des savoirs. Réciproquement, la modification des relations implique une reconstruction des savoirs. La diversité des savoirs est une caractéristique majeure de la relation de soins à travers les compétences complémentaires des professionnels de santé mais aussi de la prise de place du patient et de son entourage, demandeurs d'informations, impliqués dans les choix thérapeutiques qui lui sont proposés. La question des relations entre l'ensemble des acteurs dans la relation de soins est plus délicate. Or, chacun pressent que toute tentative de faire l'un sans l'autre est vouée à mettre en danger les apprentissages collectifs nécessaires, avec pour risque une dérive vers des formes plus autoritaires de l'action, dénoncée et redoutée à l'hôpital notamment.

La dynamique de l'action collective passe donc par une remise en cause des relations de type hiérarchiques ou de rapports d'expertise qui sont susceptibles de transgresser partiellement le principe de non-séparabilité. La première repose sur un rapport de prescription très particulier qui contraint la transmission du savoir du « chef » vers son subordonné. La seconde, s'inscrit dans un mouvement asymétrique et unilatéral de l'expert vers l'apprenant. Quoi qu'il en soit, les organisations ne nous semblent pas concernées par de telles difficultés. Gauthier et alii (1975) expliquent en effet que « l'hôpital est ainsi la seule entreprise où les responsables des différents secteurs de production échappent presque totalement à l'autorité du directeur général ». De la même manière, la distinction entre médecins généralistes et médecins

spécialistes ne nous semble pas assimilable à une relation d'expertise, la médecine générale étant devenue une spécialité à part entière[24].

Sans atteindre de tels extrêmes, la relation de soins n'exclut pas des formes de cloisonnement quel que soit le niveau de l'organisation considéré. Les clivages sont ainsi particulièrement marqués à l'hôpital entre secteur médical et secteur administratif mais aussi entre services d'hospitalisation et services médico-techniques et enfin au sein des services administratifs entre services fonctionnels et services opérationnels. De même les relations entre médecins hospitaliers et médecins généralistes ne sont pas dénués de difficultés.

Nous recourons donc au principe de non-séparabilité en vue de détecter des situations inédites ou porteuses de tension. Plus que la non-séparabilité, la distance savoirs-relations, à travers le degré d'interdépendance des savoirs et des relations, constitue donc un axe de notre analyse du processus de conception du contrôle de gestion et son caractère innovant. Ce processus repose alors sur deux questions. Dans quelle mesure le savoir d'un acteur peut-il influer sur le savoir d'un autre ? Comment ces savoirs peuvent-il se propager et être partagés au profit d'une action collective au service de soins de qualité, coordonnés et individualisés ?

Pour rapprocher la théorie C/K et le principe de non séparabilité S-R, nous considérons donc que plus nous avons de réponses à ces questions plus nous nous rapprochons des connaissances, le processus a alors permis de rapprocher S et R, mais à l'inverse plus nous restons sans réponse, plus nous restons proche du concept, la distance S-R restant grande, des savoirs sont manquants et le processus de conception doit se poursuivre pour créer des savoirs nouveaux. Or, en considérant l'outil comme objet synthétisant les savoirs et l'instrument comme moyen d'expression caractérisant les relations entre acteurs, nous défendons l'idée du contrôle de gestion médicalisé dans le cadre d'une approche systémique devant faire l'objet d'un processus de conception innovante dont les étapes peuvent être positionnées en fonction du degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion.

---

[24] Le DES (Diplôme d'Etude Supérieur) de médecine générale a été officiellement mis en place par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, qui ajoute la médecine générale à la liste des spécialités médicales. Celle-ci ne pourra dont plus être pratiquée que par les étudiants ayant reçu une formation spécifique de trois ans en médecine générale.

10.1.2 Du mythe rationnel à l'outil imparfait : l'outil à trous et le degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion

Avant de présenter le processus de conception innovante caractéristique de notre démarche, précisons que si nous nous inspirons du modèle de conception de produits innovants, nous ne nous considérons pas comme des consultants en innovation livrant des produits finis « prêts à l'emploi » dans une démarche de type Recherche et Développement. Notre position de chercheur nous amène à travailler sur la formalisation de la démarche de conception innovante appliquée à l'objet qui nous intéresse, le contrôle de gestion médicalisé.

10.1.2.1 Réduction de la distance S/R : du concept à la connaissance

Partant du principe de non séparabilité des savoirs et des relations, nous considérons que la formalisation du concept de contrôle de gestion médicalisé et sa progression vers l'espace des connaissances suppose de rapprocher la distance entre S et R. Autrement dit, si les acteurs ne coopèrent pas les savoirs ne peuvent être partagés et construits conjointement au service de la relation de soins et l'ensemble des enjeux qui en découlent tant en termes de qualité et de sécurité des soins que d'optimisation du processus de production des soins. Tout l'enjeu résulte donc dans l'émergence d'un catalyseur permettant de faire l'interface entre ces acteurs au sein d'une relation plus globale, la relation de soins.

Pour analyser ce processus, nous dirons ainsi que des acteurs qui ont des savoirs proches, qui ont l'habitude de coopérer ont une distance S faible (notée sfaible) ; à l'inverse, des acteurs qui ont des savoirs nombreux et très différents auront une distance S forte (notée Sforte) nécessitant une coordination. De manière symétrique, si les acteurs ont des relations fréquentes et mal formalisées, nous dirons que leur distance r est forte (Rforte) ; dans l'autre cas leur distance sera faible, les relations étant fréquentes bien formalisées (notées rfaible). Il faut donc bien comprendre la distinction que nous opérons entre S et R.

– La distance sur S, est basée sur le nombre de savoirs qui augmente avec le nombre d'acteurs et leur hétérogénéité ; plus les savoirs sont nombreux (S) plus ils sont hétérogènes et plus la distance est forte (Sforte), et inversement moins les savoirs sont nombreux, moins il y a d'hétérogénéité et plus la distance est faible (sfaible). C'est donc la dimension quantitative que nous privilégions ;

– La distance sur R est basée sur la complexité des relations et leur degré de formalisation ; plus les relations sont formalisées (r), plus la distance est faible (rfaible) et inversement, moins les relations sont formalisées (R), plus la distance est forte (Rforte). C'est donc la dimension qualitative que nous privilégions.

Il en résulte quatre situations –types que nous illustrons à travers la matrice suivante :

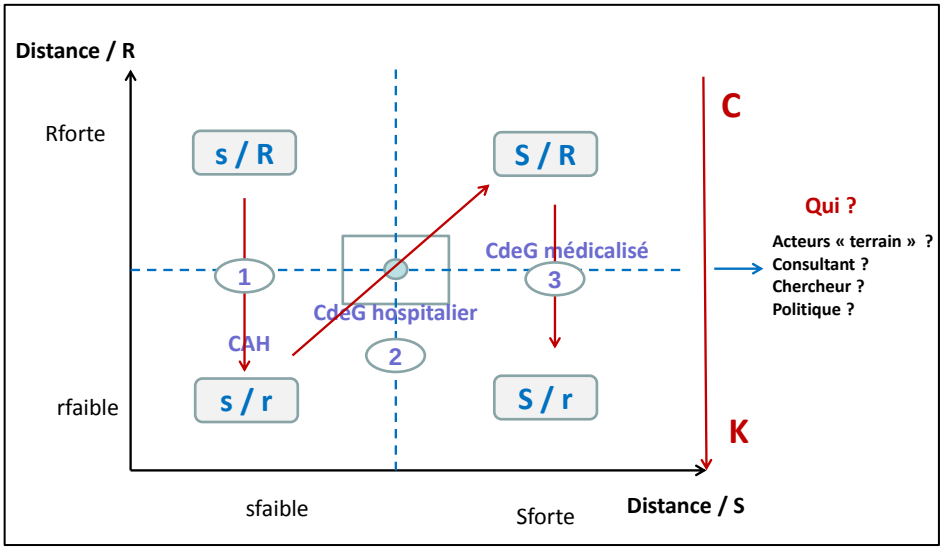


Figure 38 : Distance S/R et application au contrôle de gestion en santé

Le processus qui a fait l'objet de notre réflexion s'articule en trois temps.

i. La comptabilité analytique hospitalière (CAH) en tant que situation initiale : initialement considérée comme concept, elle est aujourd'hui bien documentée et implantée dans les établissements autour d'outils qui ont permis aux acteurs de mieux dialoguer ; il en résulte des relations mieux formalisées autour de savoirs qui restent limités aux connaissances hospitalières. Autrement dit, la CAH est progressivement passée du statut de concept à celui de connaissance ;

ii. Le contrôle de gestion hospitalier en tant que situation intermédiaire : la comptabilité analytique est un outil au service du contrôle de gestion qui doit donc être complété par des indicateurs qui traitent de l'organisation, de la performance, de la qualité dans une double perspective de maîtrise de la rentabilité et de la performance des hôpitaux. Le processus de conception est en cours afin de mieux formaliser les relations entre acteurs, qu'ils soient administratifs, soignants, médico-techniques ou médicaux ;

iii. Le contrôle de gestion médicalisé en tant que situation en devenir : c'est le concept dont nous étudions les conditions d'émergence et qui doit faire l'objet d'un processus de conception innovante si nous voulons contribuer à son rapprochement vers l'espace des connaissances qui suppose des propositions concrètes aux professionnels sur le terrain sur la base d'outils mais aussi de métiers nouveaux précédemment présentés.

10.1.2.2 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante : réduction de la distance S/R et degré de modélisation

Le processus de conception innovante qui fait l'objet de notre recherche porte sur trois situations décrites à la fois en termes d'innovation organisationnelle et d'instrumentation de gestion.

Deux points communs peuvent être constatés :

– Le rôle central jour par l'hôpital : même si le périmètre s'accroît au fur et à mesure que nous élargissons notre réflexion sur la base d'une déstabilisation de l'objet hôpital, les trois projets sont à l'initiative d'un établissement hospitalier qu'il s'agisse d'une cellule contrôle de gestion interne qui recourt à un outil de simulation économique basé sur l'anticipation du futur, d'une structure de coordination hébergée au sein d'un centre de lutte contre le cancer et qui détache quatre de ses infirmières pour assurer l'interface avec l'extérieur, ou encore d'un hôpital qui accueille en ses murs un cabinet de médecins généralistes.

– La trajectoire du patient comme objet du contrôle de gestion dans et hors les murs de l'hôpital, l'adressage par le médecin généraliste (qui justifie les études d'image réalisées par les hôpitaux), les consultations, la prise en charge hospitalière en s'appuyant sur les plateformes médico-techniques et les structures d'aval en établissement spécialisé ou à domicile.

Pour autant, le degré de conception en vue de se rapprocher de l'espace des connaissances est plus ou moins élevé en fonction de la situation de départ et du concept étudié.

Au final, nous considérons la théorie C/K et le principe de non séparabilité S/R comme deux grilles d'analyses complémentaires. Pour autant, nous soulignons une distinction essentielle : la théorie C/K s'inscrit dans un cadre statique alors que le principe de non séparabilité S/R est par construction dynamique. C'est la réduction de la distance entre savoirs et relations qui

symbolise toute la démarche de recherche et vise à simplifier une situation complexe, qui n'a pas de statut logique, et définit le concept. L'enjeu est bien de comprendre l'émergence des acteurs qui détiennent des savoirs hétérogènes mais complémentaires et entretiennent des relations plus nombreuses et donc plus complexes.

Le périmètre de notre recherche se situe à l'intérieur de ce schéma. Chacun des trois terrains fait alors émerger trois métiers centraux et des modes de financement différents :

– Simulation économique à l'échelle de l'établissement (T1) : le contrôle de gestion hospitalier en tant qu'animateur du dialogue de gestion entre direction, gestionnaires et acteurs terrains qui vise notamment à optimiser le mode de financement à la T2A ;

– Coordination des soins externes (T2) : l'infirmière coordinatrice comme garante de l'interface entre l'hôpital et les intervenants extérieurs en vue de permettre le maintien au domicile du patient ; le financement est alors assuré sur la base de MIGAC ;

– Projet de pôle santé (T3) : le médecin généraliste comme acteur central de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation. Ce modèle est particulièrement approprié au traitement des pathologies chroniques qui touchent plus particulièrement la population vieillissante.

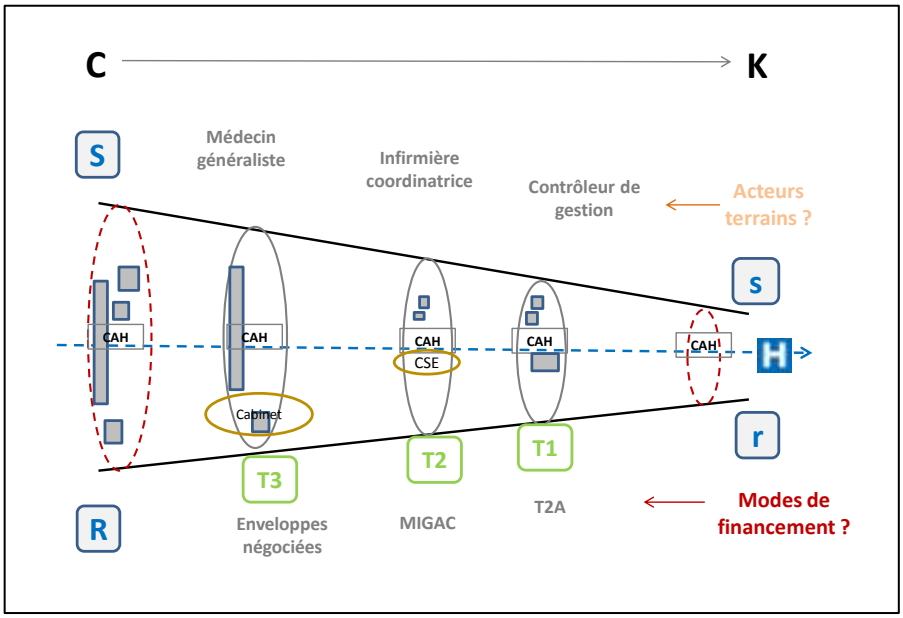


Figure 39 : Le contrôle de gestion : processus de conception innovante et réduction S/R

Deux situations extrêmes n'ont donc pas fait l'objet de terrains de recherche

– La Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) en tant que situation initiale : elle correspond au cas où la distance S/R est la plus faible, les savoirs sont restreints au cas de l'hôpital et les relations bien formalisées. Nous avons déjà décrit cette situation au regard du couple Modèle / Outil en considérant qu'il s'agit d'une situation où le modèle est le plus simple et les outils développés (m/o) ;

– Le contrôle de gestion médicalisé à l'échelle du territoire : sur le papier, les ARS devraient remplir ce rôle dans le cadre d'un pilotage qui se veut unifié et responsabilisé. Dans les faits, les cellules dédiées au contrôle de gestion sont bien souvent limitées à la validation des EPRD, l'attribution des autorisations, les contrats de retour à l'équilibre ou encore le suivi des résultats issus des retraitements compatibles. On est encore loin d'un contrôle de gestion stratégique à l'échelle de la région garant de la dynamique de l'action collective sur le territoire de santé entre professionnels de santé libéraux et établissements de santé publics et privés.

En termes d'outils de gestion, nous en déduisons différents stades d'aboutissement des outils :

– Les outils de comptabilité analytique hospitaliers définis très précisément en termes méthodologiques malgré leur manque d'utilisation en interne et leur faible impact sur les organisations ;

– Des outils de contrôle de gestion qui s'élargissent à mesure que la distance S/R s'élargit et le concept devient flou ; nous considérons à cet extrême que l'instrumentation de gestion est imparfaite, leur utilisation pour l'aide à la décision étant faible et le périmètre d'autant plus difficile à couvrir que le l'hôpital « s'étend » et la qualifions « d'outils à trous ».

10.2 Retour aux apprentissages collectifs : C/K et S/R deux cadres d'analyse au service des problématiques terrains

L'hôpital et plus généralement le secteur de la santé sont caractérisés par une multitude d'intervenants qui participent à la démarche gestionnaire. Outre le métier de contrôleur de gestion dont nous avons souligné le caractère émergent, les établissements ont recours aux compétences de nombreux experts pour les aider dans leurs missions quotidiennes. Pour autant, les problématiques nouvelles sont aussi abordées par les hommes politiques en réponse aux attentes des usagers et / ou en lien avec les contraintes réelles qui subsistent au

niveau macroéconomique. Enfin, ce secteur est aussi un terrain d'expérimentation réel pour les chercheurs en vue d'accompagner les évolutions nécessaires avec pour caractéristique majeure celle d'être un terrain d'observation des comportements et d'intervention susceptible de faire changer les pratiques.

Ces acteurs en visant différentes finalités, ont recours à des méthodes de travail diverses. Quelle place occupent-ils au sein de ce processus ? Pour répondre à cette question, nous distinguons d'une part la fonction d'expertise et de conseil détenue par le consultant au service des acteurs terrains et d'autre part la fonction de communication exercée par le politique ou le chercheur pour orienter les choix à faire sur le terrain.

10.2.1 Conditions du recours à la théorie C/K en tant qu'approche métier : expert, conseil et consultant

Notre expérience au sein d'un cabinet de conseil et de formation tel que le CNEH atteste des nombreux domaines d'expertises non maîtrisés par les acteurs hospitaliers qui les amènent à faire appel aux consultants. Les besoins qu'ils expriment portent sur des éléments bien formalisés pour lesquels ils cherchent un apport en connaissances ou en méthodes.
Le consultant peut revêtir deux casquettes, celle d'expert lorsque la connaissance est bien établie et que la difficulté provient de sa mise en œuvre faute de compétences en interne. L'exemple de la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière est significatif. Parallèlement, il peut intervenir en tant que conseiller auprès du manager qui cherche à renforcer sa légitimité en s'appuyant sur un spécialiste extérieur à l'organisation, en vue d'obtenir un avis au sujet d'une problématique particulière. Autrement dit, on recense plusieurs raisons pour motiver un manager à recourir à un consultant :

- Expertise spécialisée et capacité de travail d'une part, lorsque le manager ne dispose pas des compétences requises à l'intérieur de l'organisation, ou de cadres disponibles pour réaliser une étude ou un projet interne ;
- Objectivité, confidentialité et crédibilité d'autre part qui implique de s'appuyer sur une personne neutre dans l'analyse du problème et la définition de solutions pratiques.

10.2.1.1 Le statut de connaissance de la comptabilité analytique hospitalière n'est pas garant de sa mise en œuvre : le recours au consultant en tant qu'expert

Le concept, en tant que proposition qui n'a pas de statut logique, a peu de chance d'intéresser le consultant qu'il soit regroupé au sein d'une société de conseils ou intervenant indépendant. Celui-ci intervient sur la base d'outils ou de méthodologies existantes. Il a, en effet, pour mission de conseiller et accompagner les dirigeants dans l'élaboration de stratégies de transformation, d'adaptation ou de conduite du changement. Il conçoit les processus de changements organisationnels et managériaux (humains, technologiques, financiers, informatiques, démarches qualité…) selon les finalités attendues.

L'exemple du déploiement et de la mise en œuvre des outils de comptabilité analytique hospitalière est à ce titre intéressant. Elle a fait l'objet de deux guides méthodologiques, le premier relatif à « La construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CREA) en 2006, le second dans le cadre de la Nouvelle gouvernance et de la comptabilité analytique par pôle, « CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion ». Malgré l'existence de ces guides, bon nombre d'hôpitaux éprouvent des difficultés à construire ces outils et font appel aux cabinets de conseil. La MeaH elle-même, dont nous avons expliqué auparavant les missions, a accompagné les établissements dans l'élaboration et l'exploitation de la comptabilité analytique et des outils associés en lançant dès 2003 une mission auprès de quinze hôpitaux et cliniques volontaires avec l'appui de neuf cabinets de trois cabinets de conseil.

La performance hospitalière est une deuxième notion qui n'a pas fait l'objet principal de notre recherche en tant que concept mais s'inscrit dans notre réflexion. Une fois encore, les consultants sont mobilisés pour la décliner. Les contrats de performance illustre cette démarche qui vise à permettre aux équipes des établissements, en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'ANAP de mener de tels projets, qui doivent nécessairement s'appuyer sur une méthodologie standard mais également être parfaitement adaptés aux contraintes particulières de chaque établissement et de chaque territoire de santé. De nombreux moyens sont mobilisés pour atteindre cet objectif et les établissements bénéficient d'un appui réel avec la présence d'un consultant au sein de l'établissement pour mener à bien ce projet et atteindre les objectifs ayant fait l'objet de la contractualisation.

Enfin, les consultants sont nombreux à construire et développer leurs propres outils. C'est la finalité recherchée par le cabinet de conseils qui a accueilli ces travaux de recherche au sein de sa cellule Recherche et Développement. L'outil de simulation économique qui a fait l'objet du premier terrain de recherche s'inscrit dans une telle démarche. L'objectif repose sur la construction d'un outil de simulation économique simple mais innovant, unique afin d'accompagner le décideur dans sa démarche. L'outil apparaît donc comme un support à des prestations de conseil adaptées à chaque établissement qui passent par une phase d'adaptation et de paramétrage de l'outil puis la simulation de scénarii de gestion en fonction des orientations stratégiques proposées par l'établissement. Il s'inscrit donc dans le processus en trois temps autour d'un modèle complet de l'hôpital, support à la construction d'un outil générique, utilisé en tant qu'instrument lors de missions de conseil. Par la suite, d'autres démarches ont été déployées notamment depuis l'appel d'offre émanant de l'ANAP «Conception et développement d'un outil d'aide à la décision à destination des ARS et des établissements de santé publics et privés, pour la comparaison :

- D'organisations médico-soignantes sur les aspects capacitaires et médico-économiques ;
- De leur traduction en dimensionnement (surface) des organisations médico-soignantes et des fonctions support associées ;
- De modèles économiques résultants par intégration des données médico-économiques, d'exploitation et financières ».

Par ailleurs, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) en permettant, en théorie, à un hôpital d'estimer la contribution de chacun de ses pôles (ou entités) à son équilibre financier global revêt un caractère politique pour un établissement de santé et le repérage des zones problématiques d'un point de vue économique et le lancement d'actions de réorganisation pertinentes qui en découlent. Par ailleurs, la fonction du consultant à l'hôpital n'est pas restreinte au seul cas de la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Il en résulte que le consultant n'est pas qu'un simple expert et peut aussi intervenir en tant que conseiller ; il exerce alors une fonction davantage « symbolique ».

10.2.1.2 La relation client / consultant : la fonction symbolique du consultant en tant que conseiller

Comprendre le recours aux consultants et l'essor du conseil ont été des challenges suscitant un certain intérêt de la part des chercheurs et des praticiens). Les chercheurs s'attachent ainsi à

étudier l'influence des relations clients-consultants sur les organisations, tout particulièrement l'impact sur les missions de changement via la fonction symbolique qu'ils exercent.

Pour autant, nous ne positionnons plus ici le consultant en tant que dépositaire d'un savoir sur les personnes et leurs situations (Lévy, 1997). Dans le cadre de dynamiques collectives (appartenances, processus identitaires, conflit, collaboration…) et organisationnelles (changement de stratégie, réorganisation, innovation,…) complexes tel que c'est le cas dans les organisations de santé, le rôle du consultant est double :

- Dans les situations les moins complexes il crée du « lien social » et des solidarités (lien avec la distorsion sociale) ; il est là pour donner du « sens » (Barrus –Michel, 1992) en créant des espaces d'échange d'expériences et d'analyses collectives ;
- Dans les situations plus complexes, il devient « instrumentalisé », garant de ses choix et des missions dont le client ne veut s'acquitter dans les trois registres que sont le besoin, la demande et le désir ; l'amélioration d'utilisation d'outils de management peut ainsi s'énoncer comme le besoin du manager hospitalier mais aussi d'une demande d'affirmation et de reconnaissance de son pouvoir . Le rôle du consultant est alors de faire le rapprochement entre ce qui apparaît comme des problèmes purement organisationnels ou sociaux et les aspects intra et / ou interpsychiques de ces mêmes problèmes.

Nous en déduisons donc deux caractéristiques d'intervention du consultant dans l'espace et dans le temps. Il est sollicité pour établir un diagnostic organisationnel de situations existantes, éventuellement faire des propositions d'amélioration le tout dans un horizon temporel très court. Il se veut donc relativement neutre, sauf s'il est trop instrumenté par son client. Son intervention étant courte dans le temps, il ne coordonne pas mais contribue à instaurer des pratiques plus coordonnées lorsque la coopération n'est pas spontanée.

Il participe donc au processus de conception en travaillant sur deux niveaux de partition, celles qui sont restrictives (propriétés qui reposent sur des connaissances existantes) et celles qui sont expansives (propriétés qui reposent sur de nouveaux savoirs). Au sein des projets auxquels il participe, il mobilise donc trois types de connaissance : les connaissances qui existaient déjà avant le projet et qui ont été mobilisées, les connaissances nouvelles produites par l'équipe de conception et les connaissances manquantes. Pour autant, à l'inverse du chercheur, il dispose de méthodes établies, la question ayant déjà été traitée dans d'autres organisations. L'exemple des études d'attractivité d'un établissement soit en termes

quantitatifs (parts de marché), soit qualitatifs (image de l'hôpital par des médecins généralistes) en sont deux exemples.

A travers cet exemple, il apparaît donc que le consultant n'est pas toujours positionné dans une relation unilatérale client / consultant, il peut aussi intervenir en tant qu'intermédiaire avec comme problématique à résoudre, la réponse aux questions suivantes : dans quelles conditions et par quels mécanismes des intérêts entre différents partenaires pouvaient converger et comment l'exploration collective amène chacun des partenaires à réviser ses propres savoirs ? Ce processus de révision des savoirs est d'autant plus important dans le domaine des facteurs humains et de l'organisation, particulièrement prégnants dans les organisations de santé où peu de savoirs positifs sont disponibles. L'instruction de l'expert doit donc être productrice de savoirs et c'est donc la méthodologie employée qui est directement visée.

Le consultant en tant qu'expert ou conseiller est donc un intervenant. En prescrivant, il contribue à transformer l'objet d'analyse, idéalement en vue d'aboutir à des connaissances nouvelles et partagées au sein de l'organisation. Il en résulte deux modèles d'acquisition des savoirs :

- Le modèle « contrôle-qualité » (évaluation par rapport à un référentiel prédéterminé, documentation prescrite privilégiée, interactions avec l'exploitant de type contrôleur/contrôlé) ;
- Le modèle « recherche-intervention » : co-construction avec l'exploitant des problématiques de l'expertise, remises en question du référentiel d'évaluation et des grilles d'analyse, interactions nombreuses visant des apprentissages réciproques, la validation des observations et des hypothèses.

A l'issue de cette réflexion, nous assimilons le modèle « contrôle-qualité » aux cas traités par le consultant en l'absence de savoirs positifs suffisants qu'il doit donc développer. Pour autant, il nous semble insuffisant et la recherche-intervention s'impose face à des concepts nouveaux que seul le chercheur peut explorer de façon neutre et en vue de l'acquisition de nouveaux savoirs.

10.2.2 Action politique et recherche : deux espaces d'expression du principe de non séparabilité « S/R »

Le processus de conception innovante que nous cherchons à étudier peut être décomposé en deux temps, qui confèrent ainsi deux rôles au chercheur.

– L'émergence du concept d'une part, qui passe par la reconnaissance du caractère conceptuel d'une situation inédite ;

– Le processus de conception lui-même qui vise à faire passer le concept au statut de connaissance.

Sur cette base, on définit ainsi le concept comme étant le point de départ du travail du chercheur, là où la distance entre S et R est la plus grande. L'effort de conception est alors maximal et vise à réduire la distance entre savoirs et relations et s'approcher ainsi du niveau de la connaissance. Or, la connaissance a pour particularité d'être partagée. La co-exploration est à ce titre doublement bénéfique, elle facilite l'émergence de savoirs partagés dépendants des relations ainsi créées. Par ailleurs, loin de la recherche fondamentale, notre recherche se veut proche de la pratique avec pour ambition d'apporter des solutions concrètes aux professionnels du terrain. Dans le domaine de la santé, beaucoup d'orientations sont impulsées par la tutelle en vue de la construction de priorités de santé publique dans le cadre du débat politique. Les choix politiques qui en résultent contribuent ainsi à l'émergence de nouveaux concepts, qui doivent être déployés concrètement sur le terrain en vue de rapprocher les savoirs et relations ainsi créés.

10.2.2.1 L'action politique et la formalisation de nouvelles relations

Le principe fondamental de la théorie de l'action collective est l'inséparabilité des savoirs et des relations ; la réflexion collective devient alors constitutive de l'action. Or, l'action politique, constitue également un lieu d'échanges de savoirs qui impose de reconnaître et / ou organiser les relations entre des acteurs aux savoirs hétérogènes. Sciences de gestion et sciences politiques ont alors quelques points communs pour comprendre les actions collectives contemporaines, qu'il s'agisse de « l'action publique » ou de l'entreprise. L'ordre politique peut alors être pensé à partir des crises de l'action collective et des critiques sur le management.

Par ailleurs, la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF), votée en Août 2001, se caractérise par une rupture dans la manière de piloter l'action publique. Considérée comme la « mère » de nombreuses réformes, elle implique ainsi de nombreuses modifications des conditions de la gestion publique et présente des caractéristiques communes avec les réformes dans le secteur de la santé.

Elle part en effet d'objectifs stratégiques, déclinés en objectifs opérationnels avec pour finalité la responsabilisation des acteurs et une évaluation sur la base d'indicateurs de performance. La performance publique est alors définie de manière plurielle, les objectifs des programmes étant fixés en fonction de l'impact socio-économique qu'ils doivent produire sur leurs destinataires tels que la diminution de la mortalité sur les routes, l'amélioration de l'insertion des étudiants à la sortie de l'université par exemple. La performance est ainsi appréciée au regard de trois critères :

- Le résultat de l'action publique : impact final et perception du citoyen ;
- L'efficience dans l'emploi des ressources : réalisations obtenues au regard des moyens consommés et perception du contribuable ;
- La qualité du service rendu : satisfaction des usagers, qualité des processus, perception de l'usager.

Le processus qui en résulte autour de missions déclinées en programmes eux-mêmes déclinés en actions repose alors sur le pilotage de la performance.

Les réformes du secteur de santé s'inscrivent dans cette démarche. Elles passent par la fixation d'objectifs tels que les programmes de qualité et d'efficience fixés depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2008 et font l'objet d'une démarche apprenante en termes de qualité et d'objectifs des contrats. Les résultats sont caractérisés par une performance plurielle, qu'il s'agisse de la qualité des soins, de l'efficience, de la prise en compte de l'usager ou des ressources humaines. Les leviers d'action sont basés sur la responsabilisation des acteurs, notamment des pôles dans les hôpitaux publics et un déploiement opérationnel qui passe par le contrat interne (contrat de pôle) comme externe (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

Aussi, elle oblige l'ensemble des acteurs de santé à révéler leurs savoirs et organise des relations nouvelles entre eux.

La Tarification A l'Activité (T2A) et la Nouvelle Gouvernance ont ainsi renforcé la légitimité accordé au contrôle de gestion hospitalier qui faute d'instruments est longtemps resté au

stade de concept. Pour autant, l'action des chercheurs a notamment permis la construction d'outils de comptabilité analytique hospitalière tels que le Tableau Coût Case Mix (TCCM) ou le Compte de Résultat Analytique (CREA) par pôle, ce dernier permettant de rapprocher coûts et recettes.

Aujourd'hui ces outils font partie de l'espace des connaissances, même si tous les hôpitaux ne les exploitent pas complètement. Pour autant, le processus de conception ne s'arrête pas dans le cas particulier du secteur de la santé. De nouvelles réformes contribuent à l'émergence de nouveaux concepts parmi lesquels celui qui fait l'objet de notre recherche, le contrôle de gestion médicalisé.

En effet, nous pouvons considérons deux réformes centrales que sont le plan Cancer 2009-2013 et la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), qui a largement inspiré le titre des travaux résumés dans cette thèse. Aussi, si le politique contribue à l'émergence de nouveaux concepts à explorer, le chercheur intervient pour analyser les conditions favorables à la mise en œuvre concrète de ces concepts et contribuer à leur déploiement sur le terrain. Au final, il nous semble que le chercheur intervient là où le politique ne définit pas concrètement les modalités pratiques de mise en œuvre des choix qu'il effectue.

10.2.2.2 Apport du chercheur : l'apprentissage collectif garant du principe de non séparabilité S/R

L'hétérogénéité des savoirs ainsi que des intérêts des partenaires pose deux questions en lien avec notre problématique d'émergence du contrôle de gestion médicalisé : comment des partenaires aux intérêts contrastés parviennent-ils à générer ensemble des projets de conception innovante ? Quels instruments de gestion proposer à ce type de coopération ?

Le cas du projet de pôle santé est représentatif de cette question et illustre parfaitement le processus de co-exploration qui se met en œuvre entre médecins généralistes et médecins hospitaliers et rejoint la notion de « prescription réciproque » proposée par (Hatchuel, 1996, Hatchuel, Le Masson P., et al., 2002). Il désigne le fait que « l'apprentissage de l'un est modifié par l'apprentissage de l'autre, modifications qui tiennent aussi bien aux relations qui existent entre les deux acteurs, qu'à la nature des savoirs qu'ils élaborent ».

Une telle exploration collective devient alors une double exploration en lien avec les problématiques de la coordination et de la cohésion (Segrestin, 2003) :

- Une exploration de la coordination, c'est à dire des conditions dans lesquelles les acteurs vont organiser leurs actions pour définir et atteindre des objectifs partagés. Il s'agit d'explorer le concept nouveau à concevoir ;
- Une exploration de la cohésion, c'est à dire du cadre organisationnel (contrat, règle de partage des résultats, condition d'entrée et sortie du partenariat…) qui va permettre de lier les acteurs et ainsi former un collectif.

Sans aller jusqu'à la co-exploration, certains terrains de recherche obligent à dépasser des méthodologies de confinement (Hatchuel, 2000) (simulation, expérimentation en laboratoire), et trouver d'autres alternatives pour pallier l'incomplétude des savoirs dans le domaine des facteurs humains et de l'organisation. Il s'agit alors de mettre en œuvre un « côtoiement exigeant avec le terrain » (Bourrier, 2001).

Celui-ci se décline en deux méthodologies (Hatchuel, 2000).

- Le modèle du terrain, qui consiste à naturaliser un objet pour tenter de l'étudier et qui repose sur la séparation du chercheur vis-à-vis du « terrain ». C'est notamment l'approche privilégiée par les sociologues et les ethnographes notamment dans le domaine de la santé.
- Le modèle de l'intervention, où la recherche se situe dans un contexte qu'elle contribue à transformer. Cette méthodologie est davantage celle d'ergonomes et de chercheurs en gestion.

Ce deuxième modèle est propice à l'étude « d'organisations orientées conception [...] capable de piloter des processus créateurs de concepts, d'objets et de métiers nouveaux [...] et de favoriser les cycles d'apprentissages collectifs permettant une telle régénération simultanée des objets, des savoirs et des métiers ». L'exemple de la coordination des soins externes est représentatif de l'émergence d'un concept en devenir, qui n'est plus seulement hospitalier et met en avant le rôle central et le métier d'infirmier coordonnateur. Ce terrain est celui qui permet d'effectuer la transition vers un nouveau concept de contrôle de gestion qui sort de la logique budgétaire inspiré de la T2A.

Dans les deux cas, co-exploration et modèle de l'intervention, on constate ainsi que les modes d'acquisition des savoirs ne sont pas dissociables des relations entre acteurs conformément au principe de non-séparabilité « savoirs-relations » de la théorie de l'action collective. Ce

principe est alors conforme au contexte institutionnel précédemment décrit qui oblige à formaliser conjointement savoirs et relations.

Conclusion du chapitre 10

Le concept de contrôle de gestion qu'il soit hospitalier ou médicalisé implique une relation entre contrôleur et contrôlé. Pour autant, ce n'est pas la notion de contrôle au sens de vérification qui nous intéresse mais celle de maîtrise. Cette distinction est d'autant plus vraie à l'échelle du territoire où les outils ne permettent pas d'obtenir une connaissance des coûts fine. L'étude de l'espace des connaissances montre, en effet, un certain nombre d'insuffisances qui obligent à effectuer un retour vers l'espace des concepts lequel évolue du contrôle de gestion hospitalier vers celui de contrôle de gestion médicalisé.

Au final, l'ensemble de notre réflexion s'inscrit dans un processus continu de conception innovante dans lequel l'outil peut être considéré comme étant l'espace d'expression des savoirs, le modèle en amont et son utilisation en aval synthétisent alors la prise en compte des relations. Savoirs et relations étant deux notions inséparables, ce processus s'articulerait autour d'aller-retour entre modèle et outil d'une part puis entre instrument et outil.

L'outil reste toutefois imparfait et ce d'autant plus que savoirs et relations sont éloignés et que nous nous situons donc à l'extrémité du processus. « L'outil à trous » reflète cette imperfection et les efforts de conception qui restent à fournir pour rapprocher savoirs et relations et améliorer la performance de ces outils. A l'inverse les outils de comptabilité analytique situés à l'autre extrémité, la plus fine, sont de plus en plus formalisés et permettent, en théorie, aux acteurs hospitaliers de dialoguer.

Pour autant, la coopération, bien que facilitée par des indicateurs, des chiffres dont l'objectif n'est rien d'autre que de « faire parler » peut s'avérer inefficace et ce quel que soit le degré de complétude des outils. Dès lors des actions de coordination sont nécessaires et peuvent prendre différentes formes permettant aux acteurs de dialoguer et partager leurs savoirs.

Par ailleurs, certains acteurs ont un rôle à jouer au sein de ce processus de conception innovante du contrôle de gestion, de l'émergence du concept issu de choix politiques ou d'analyses des chercheurs en vue de la compréhension des contraintes jusqu'au déploiement

de tels dispositifs de gestion dans une perspective de long terme qui implique alors de recourir à des démarches de type recherche-intervention.

A l'inverse, le consultant apparaît comme un « acteur terrain » qui n'intervient qu'à partir d'un certain degré de formalisation du concept et donc d'un niveau minimal de distance entre S et R en vue du rapprochement vers l'espace des connaissances. Les vagues de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière initiées par la MeaH au service des établissements hospitaliers en sont de bons exemples. Reste à espérer que les outils expérimentés au sein de situations organisationnelles originales puissent connaître la même évolution. Nous reprenons ainsi notre schéma et y ajoutons le périmètre d'action du chercheur et du consultant.

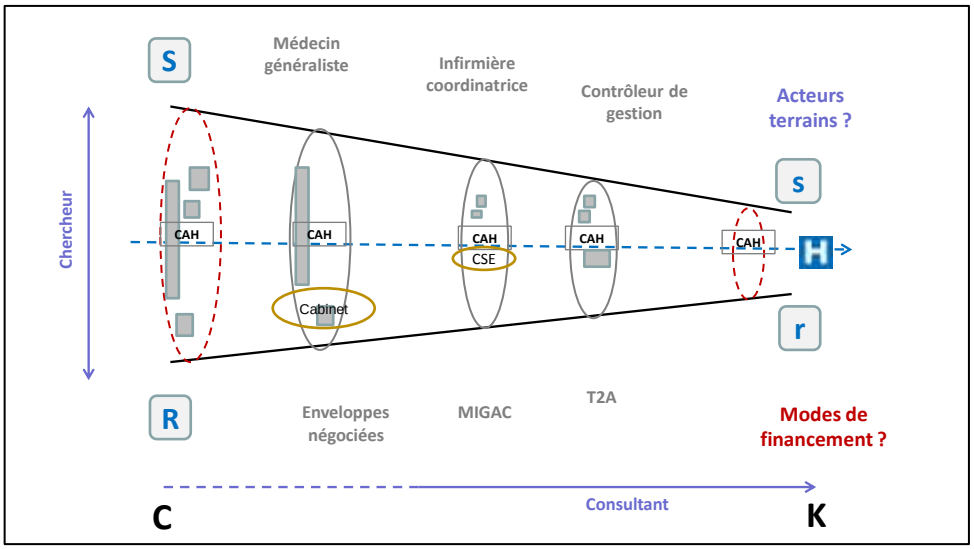


Figure 40 : Positionnement du chercheur et du consultant au sein du processus de conception innovante du contrôle de gestion médicalisé

Cette problématique analysée au regard de la théorie de la conception et du principe de non séparabilité entre savoirs et relations est traitée en tant que discipline des sciences de gestion appliquée au secteur de la santé. Pour autant, ce débat relève d'une réflexion française. Comment la littérature étrangère, sur la base d'expériences internationales traite-t-elle les questions de gestion de la santé ? Dans la continuité de notre réflexion, la réponse à cette question suppose alors de s'interroger quant au rôle joué par la sphère politique dans le choix des modes de financement ou des incitations à la coordination des soins et passe par une réflexion pluridisciplinaire qui dépasse le champ des sciences de gestion.

Chapitre 11.Valorisation et ouverture internationale de la recherche en gestion de la santé

11.1 Apports de la théorie à la pratique : fondements de la tarification à la pathologie ... .360

11.1.1 Puissance des systèmes de tarification hospitalière : paiement rétrospectif / paiement prospectif ?..... 360

11.1.1.1 Intérêt d'un système de paiement prospectif 361

11.1.1.2 Fixation du prix dans le cadre d'un paiement prospectif : principes de la concurrence par comparaison 362

11.1.2 Alternatives au coût moyen en présence d'aléa moral et d'antisélection 364

11.1.2.1 Quelles alternatives au paiement prospectif : le choix du coût de référence 364

11.1.2.2 Choix du contrat et typologie des établissements : prise en compte de la gravité des cas..... 366

11.1.2.3 Financement de la qualité et des missions d'intérêt général : apports de la tarification à la pathologie 366

11.2 Performance des systèmes de santé et mécanismes de gouvernance.....368

11.2.1 Coordination des soins et productivité..... 369

11.2.1.1 Productivité et mécanismes d'incitation..... 369

11.2.1.2 Modèles de coordination et impact sur la qualité des soins et les dépenses de santé 371

11.2.2 La gestion des maladies chroniques..... 372

11.2.2.1 Efficacité des modèles intégrés de gestion des maladies chroniques 372

11.2.2.2 Développement d'outils dédiés : exemple d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale 374

Conclusion du chapitre 11 377

En France, les travaux sur les services de soins constituent un champ de recherche faisant appel à de nombreuses disciplines parmi lesquelles l'épidémiologie, l'économie, la sociologie, les sciences humaines et sociales. Il s'agit d'étudier comment les organisations de soins, les processus, les comportements individuels affectent l'accès aux soins, la qualité et le coût des services de soins et donc *in fine* les résultats de santé. Ce type de recherche contribue, nous l'avons dit, à l'élaboration des politiques publiques et de régulation du système à partir d'analyses des programmes de dépistage et de prévention, des trajectoires de soins, de la prise en charge des maladies chroniques ou encore de la prescription en médecine ambulatoire.

La thèse que nous avons développée analyse l'ensemble de ces thématiques en prenant comme cadre d'analyse les sciences de gestion et plus spécifiquement le contrôle de gestion que nous qualifions de médicalisé. Pour autant, elle considère au départ un périmètre restreint, celui de l'hôpital public et la problématique de l'allocation des ressources qui, dans le contexte de la T2A a généré un regain d'intérêt pour la comptabilité analytique hospitalière.

Pourtant, la France n'est pas le premier pays à introduire une tarification à l'activité des soins hospitaliers et rejoint une vingtaine de pays. Malgré des principes de base communs, ces systèmes de tarification à l'activité varient dans leur architecture globale et plus spécifiquement dans les paramètres de fixation des tarifs. Il n'existe donc pas de « *dominant design »* unique. L'intérêt de ces éléments issus d'expériences étrangères et sur une base économique résulte alors dans l'élargissement de la réflexion au cas des établissements privés en abordant les sources des variations des coûts de prise en charge hospitalière. Progressivement c'est donc la question de la productivité qui apparait, et non plus seulement celle de la rentabilité au travers du rapprochement tarifs / coûts.

A partir de ces deux éléments que sont la tarification dans une perspective incitative et sa traduction attendue en termes de productivité, c'est la question plus large de la performance et donc de la gouvernance des systèmes de santé qui est posée. Nous documentons ces questions à partir des réformes apportées aux mécanismes de gouvernance des systèmes de santé des pays de l'OCDE et tout particulièrement ceux qui ont instauré le système de tarification à la pathologie et ses alternatives. Au final, peu d'auteurs s'intéressent à la fonction même de contrôle de gestion à l'hôpital et l'appréhendent davantage sous un angle économique.

Nous reprenons donc notre grille de lecture en commençant par l'étude des fondements de la tarification à la pathologie sur lesquels de nombreux auteurs se sont penchés privilégiant aussi les préoccupations politiques sous-jacentes (11.1). Hors de l'hôpital, et dans le cadre d'une approche plus systémique du système de santé, les expériences internationales nous permettent d'appréhender les questions de gouvernance du système en vue de l'amélioration de la performance (11.2).

11.1 Apports de la théorie à la pratique : fondements de la tarification à la pathologie

La littérature s'est essentiellement intéressée aux principes économiques constitutifs d'une tarification à l'activité en identifiant des variables structurelles susceptibles de moduler son impact, avec un effort porté à la problématique de la fixation des tarifs. Les expériences menées à l'étranger fournissent aussi quelques éléments de réflexion en particulier les enjeux qui en résultent pour les décideurs publics.

Le choix du type de paiement est garant de l'atteinte de l'objectif fixé. Autrement dit, l'efficacité des méthodes de financement des hôpitaux dépend des objectifs des décideurs ; si l'objectif primaire est de contrôler les coûts, alors la méthode de financement par budget est la meilleure. Pour autant, les pays qui ont recours à cette méthode le font souvent faute de meilleurs indicateurs pour évaluer les besoins de santé et les méthodes utilisées reflètent souvent l'information dont ils disposent. De ce constat, résulte un premier enseignement celui de l'apport d'un contrôle de gestion centralisé du système de santé avec pour finalité l'allocation des ressources au niveau national.

11.1.1 Puissance des systèmes de tarification hospitalière : paiement rétrospectif / paiement prospectif ?

La question posée consiste à savoir s'il existe un paiement optimal en vue d'inciter les hôpitaux à réduire au maximum leurs coûts. Cette question abordée par les théoriciens s'appuie en fait directement sur la pratique. La tarification à la pathologie prétend être ce système. L'efficacité du Prospective Payment System (PPS) américain en matière de maîtrise des dépenses de santé

dans le cadre du programme Médicare, qui prend en charge les dépenses de soins des personnes de plus de 65 ans aux Etats-Unis, a marqué le point de départ de modes de financement des systèmes de santé basés sur un paiement prospectif fondé sur la concurrence entre hôpitaux sans pour autant interdire quelques alternatives.

La question de l'incitation est donc centrale et les auteurs définissent la puissance du système de rémunération comme étant la part que peut garder un producteur des économies qu'il réalise. Doit-on, dans ce contexte, privilégier un système de paiement plutôt rétrospectif ou prospectif, et avec quelles conséquences dans les orientations stratégiques pouvant être issues d'un contrôle de gestion qui chercherait à maximiser le profit de l'établissement.

11.1.1.1 Intérêt d'un système de paiement prospectif

Dans un paiement fondé sur le remboursement des coûts réels constatés ex-post, la puissance est nulle. En effet, un tel système n'incite pas les prestataires de soins à réduire leurs dépenses mais également à fournir des efforts en matière de qualité par exemple puisque aucune des économies ainsi générées n'est gardée par l'établissement. Inversement, les surcoûts éventuels liés à un sur traitement des patients sont intégralement compensés.

A partir de ce constat, d'autres systèmes de rémunération incitant les producteurs à davantage d'efficience sont mis en œuvre et visent à accroître la puissance des systèmes de paiement. Ces systèmes de paiement sont dits prospectifs dans la mesure où ils reposent sur un paiement forfaitaire dont le montant est fixé ex-ante ; ils peuvent prendre différentes formes. :

- La capitation est le système où l'incitation à réduire les coûts est maximale puisque le médecin est rémunéré par patient ; il va donc chercher à réduire le coût par patient et à accroître sa « clientèle » ; les efforts de qualité ne sont fournis que pour attirer des patients supplémentaires ;
- Le paiement à l'acte, au prix de journée ou la tarification à la pathologie sont des modes de paiement pouvant être considérés comme des intermédiaires entre un système peu incitatif basé sur le remboursement des coûts constatés et un système par capitation où l'incitation est maximale. Pour chacun d'entre eux, il s'agit de rembourser les prestataires de soins selon un tarif fixé au préalable ; seule la référence sur laquelle est fondé le tarif change. A titre d'exemple le prix de journée est obtenu sur la base des prévisions de dépense d'un service ou

d'une discipline médicale divisé par le nombre de journées d'hospitalisation prévues. Précisons que ce tarif est donc propre à chaque établissement contrairement au paiement à l'acte ou à la tarification à la pathologie pour lesquels un tarif unique s'impose à tous les établissements.

Toutefois deux biais peuvent être opposés à ces modes de rémunération : une tendance inflationniste qui consiste à multiplier le nombre d'actes, de journées ou de séjours et augmenter ainsi les recettes totales par simple accroissement du volume et une sélection des cas les moins chers donc présentant les pathologies les moins graves permettant ainsi d'accroître la marge entre un paiement unitaire fixe et un coût unitaire plus faible.

Tous ces systèmes ont été ou sont utilisés par différents pays. Toutefois depuis quelques décennies le système de tarification à la pathologie semble avoir les faveurs de nombreux pays européens après le succès obtenu par les DRG américains en termes de réduction des dépenses dans le cadre du programme Medicare (Russel, 1989).

11.1.1.2 Fixation du prix dans le cadre d'un paiement prospectif : principes de la concurrence par comparaison

L'objectif consiste à inciter les prestataires de soins à réduire au maximum leurs coûts. Pour ce faire, on comprend bien que le prix payé à un établissement devra être indépendant du coût supporté par l'établissement qui aura tout intérêt à réduire au maximum ses coûts afin d'accroître la marge entre un prix fixe et un coût unitaire le plus faible possible. Dans la mesure où l'effort fourni par les établissements pour réduire leur coût est inobservable, une tarification de type prix fixe obtenu par comparaison avec des établissements ayant le même coût incite à l'effort optimal.

Ce principe repose sur le mécanisme de concurrence par comparaison mis en évidence par Shleifer en 1985 dans son modèle de « Yardstick Competition ». Il fonde son modèle sur l'exemple de firmes produisant un bien identique sur des marchés séparés et faisant face à des courbes de demande décroissantes en fonction du prix identique. De plus, le coût marginal de production dépend d'un niveau d'effort. Shleifer montre qu'en l'absence d'incertitude, c'est-à-dire lorsque le niveau d'effort est observable, la règle de tarification consistant à subventionner l'effort par un transfert forfaitaire et à fixer le prix unitaire au niveau du coût marginal compte tenu de l'effort optimal conduit à une allocation optimale de premier rang.

Toutefois les systèmes de santé sont caractérisés par de nombreuses sources d'incertitude liées aux asymétries d'information qui rendent l'effort inobservable. Dans une telle situation d'incertitude, Shleifer (1985) montre que le mécanisme d'allocation des ressources le plus efficient pour un ensemble de firmes identiques appartenant à une même branche de production repose sur une procédure d'enchères en quatre étapes :

- La tutelle annonce la règle de paiement (exemple : la moyenne des coûts annoncés par les autres firmes)
- Chaque firme annonce son coût ; à chacune de ces annonces, l'autre réagit et réajuste sont coût marginal, la dotation qu'elle reçoit ayant changé
- La tutelle recueille les annonces de coûts et applique la règle de paiement
- L'opération se renouvelle jusqu'à ce qu'on obtienne le niveau d'équilibre. Cet équilibre est stable, unique et symétrique et correspond à un équilibre de Nash

C'est ce mécanisme d'enchère qui réduit le déficit informationnel et supprime l'incertitude.
Ce principe conduit chaque producteur à réaliser l'effort optimal ; c'est l'intérêt de chacun de minimiser son coût.

Toutefois ce modèle théorique ne peut s'appliquer tel quel en réalité pour fixer un tarif par DRG. Le premier argument avancé par Shleifer lui-même est lié à la non-homogénéité du produit hospitalier ; chaque hôpital, correspondant à une firme dans le modèle, ne fournit pas exactement le même produit à l'intérieur d'un même DRG. De plus, déterminer des coûts marginaux s'avère impossible.

L'utilisation du modèle de concurrence par comparaison comme fondement de la tarification à la pathologie implique donc en réalité de retenir le coût moyen obtenu après observation des coûts des autres hôpitaux. Toutefois, une autre hypothèse mérite d'être discutée et remet en cause l'application du modèle de Shleifer comme mécanisme de paiement des systèmes de santé . En effet, le modèle de Shleifer repose sur une incertitude systématique des coûts c'est-à-dire que la partie non maîtrisable du coût est identique pour tous les prestataires mais inconnue du régulateur. Or d'autres sources d'incertitude caractérisent les systèmes de santé nécessitant des alternatives au coût moyen.

11.1.2 Alternatives au coût moyen en présence d'aléa moral et d'antisélection

Parmi les critiques formulées à l'égard d'une tarification à la pathologie figurent la sélection des patients et son corollaire le refus des patients les plus gravement atteints dont le traitement sera probablement très coûteux ou encore la réduction de la qualité des soins. Le coût ne serait donc plus le seul critère de fixation des tarifs des GHM et ce d'autant plus que deux sources d'incertitude agissent sur le coût d'un bien ; l'aléa moral et l'anti-sélection (Henriet, 2001). Des mécanismes de fixation des prix efficaces peuvent répondre à ces problématiques spécifiques.

11.1.2.1 Quelles alternatives au paiement prospectif : le choix du coût de référence

L'aléa moral sur le coût d'un bien correspond à une situation où le prestataire peut agir sur le coût sans que le régulateur ne puisse observer cet effet. Des efforts limités en matière de qualité des soins, une sélection des patients les moins coûteux sont des exemples de comportements déviants de pratiques relevant du risque moral. Afin de limiter ces risques, une politique de prix fixe telle que le prix est supérieur ou égal au coût minimal accessible par le prestataire a un pouvoir incitatif maximal. Le coût moyen des autres prestataires peut donc se révéler efficace comme tout autre prix compris entre le coût minimal et le coût maximal.

A l'inverse l'anti-sélection caractérise les situations dans lesquelles le coût est variable sans pour autant que cette variabilité soit imputable à une action du prestataire. Des déterminants exogènes, que le régulateur ne peut pas nécessairement observer, sont la source de cette variabilité des coûts. Il peut s'agir du contexte socioculturel dans lequel évolue l'établissement influençant le degré de qualification du personnel par exemple, du contexte sociodémographique de la population agissant sur l'état de gravité des patients, mais également de la taille de l'établissement ou de son niveau d'innovation. Tous ces facteurs ont un impact non maîtrisable par les gestionnaires sur le coût des établissements. Dans ce contexte, le prix fixé doit être égal au niveau maximal du coût envisageable.

Ces deux solutions en présence d'asymétries d'information sont utilisées dans le cadre d'un paiement prospectif. Pour autant d'autres solutions ne pourraient-elles pas être envisagées ? Nous avons jusqu'ici considéré un prix fixe déterminé ex-ante et donc unique et applicable à tous les établissements. Ne pourrait-on pas accepter des prix différents pour une même

pathologie en supposant que la différence de prix soit justifiée par une différence de coût indépendante de la volonté des gestionnaires ? Il s'agirait ainsi de prendre en compte la part exogène des coûts donc non maîtrisable et qui diffère d'un hôpital à l'autre pour des raisons que nous avons soulignées précédemment.

La solution proposée par Berki (1983) peut être considérée comme une alternative au paiement prospectif et au modèle de Shleifer. Il propose d'attribuer une somme différente à chaque hôpital pour un DRG donné puisque celle-ci serait déterminée pour une part par le coût de traitement du DRG de l'hôpital, l'autre part étant obtenue par le coût de traitement du DRG constaté en moyenne pour tous les hôpitaux le traitant.

$$P_i = B_t + r\ \ B_i - B_t$$

B_t: $Coût\ de\ traitement\ du\ DRG\ de\ l'hôpital$

B_i: $Coût\ de\ traitement\ du\ DRG\ en\ moyenne\ pour\ tous\ les\ hôpitaux$

r : $coefficient\ choisi\ par\ la\ tutelle$

Le modèle de Berki rejoint ainsi les conclusions énoncées par Ellis et Mc Guire (1986) selon lesquelles les prestataires de soins doivent être payés pour une partie sur la base de leur propre coût et le reste sur la base d'un paiement prospectif. Il s'agit donc d'une régulation mixte combinant remboursement des coûts et prix fixe.

La tarification à la pathologie repose donc sur des fondements économiques importants. Toutefois il convient de préciser que ces principes théoriques ont accompagné la mise en œuvre des réformes des modes de financement des établissements de santé. Ainsi dans son article Shleifer appuie sa démonstration sur l'exemple du PPS américain basé sur les DRG. En pratique existe-t-il en système de paiement optimal ? Certains pays comme l'Italie ont choisi la tarification à la pathologie comme unique mode de financement alors que d'autres tels que le Québec ont choisi de combiner budget global et paiement prospectif. A l'instar de ces voisins européens, la France a choisi de mettre en place progressivement un tel système de financement appelé Tarification à l'Activité (T2A) en s'appuyant sur le PMSI. La question qui se pose est finalement de savoir s'il existe un système de régulation optimale autour de deux critères : le type d'établissement, d'une part et la capacité à intégrer l'ensemble des contraintes qui se posent aux hôpitaux tant sur le plan financier que sur la qualité des soins et des missions d'intérêt général.

11.1.2.2 Choix du contrat et typologie des établissements : prise en compte de la gravité des cas

La tarification à la pathologie correspond à un contrat à prix fixe, le paiement pour un séjour hospitalier dans une pathologie donnée est identique et ce quel que soit la gravité du cas traité. Si le tarif correspond à une gravité moyenne et si l'hôpital est faiblement altruiste, il pourrait avoir intérêt à refuser des patients à coût élevé, le traitement générant une perte financière. A l'inverse si son degré d'altruisme est élevé, l'hôpital pourrait réaliser un effort plus grand que l'effort socialement optimal ou offrir une qualité supplémentaire pour soigner les patients. Il en résulte une question quant au statut des établissements et la régulation des hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif. Contrairement à l'intuition la plus simple, la motivation altruiste ne justifie pas des contrats peu incitatifs ; même en présence d'altruisme, le remboursement des coûts n'est pas optimal (Naegelen et Mougeot, 2011).

Ces auteurs vont plus loin en posant la question dans leur recherche de « contrats mélangeants », c'est-à-dire des contrats prévoyant un paiement identique quelle que soit la gravité. Pour un hôpital qui maximise son profit comme les cliniques privées à but lucratif, le régulateur devrait fixer le forfait à un niveau au moins égal au coût du patient le plus gravement atteint. Pour les hôpitaux publics ou privés à but non lucratifs, qui intègrent le bien-être des patients comme objectif, il suffirait que le régulateur fixe le forfait au niveau égal de la moyenne du coût de l'ensemble des patients, l'hôpital compensant alors les surcoûts pour des patients considérés comme plus graves, par les gains réalisés sur des patients plus légers, à faible coût.

La façon d'appréhender le contrôle de gestion sera alors différente et dépend de la réponse à deux questions : que maximisent les fournisseurs de soins ? Quel est l'objectif du régulateur ?

11.1.2.3 Financement de la qualité et des missions d'intérêt général : apports de la tarification à la pathologie

Dans les pays où la T2A est en place depuis un certain temps, comme aux États-Unis et en Australie, on s'interroge sur la manière d'ajuster les prix afin de mieux refléter les différences de qualité des soins fournis. La question est de savoir si des indicateurs spécifiques doivent et peuvent être développés. Des difficultés en résulteraient en termes d'adaptation et de

spécificité par rapport au traitement étudié et mesuré par patient. Dans ce contexte, est-il possible d'améliorer un tel processus par des incitations financières. ?

Ainsi, aux États-Unis, les programmes Medicare et Medicaid encouragent la participation aux programmes d'amélioration de la qualité en réduisant les tarifs des DRG (de - 0,4 %) des établissements qui ne produisent pas les indicateurs de qualité demandés. De plus, Medicare a annoncé récemment qu'il ne paierait plus pour les séjours imputables à une non-qualité des soins fournis tels que certaines infections nosocomiales.

Cette question se pose maintenant en France où est évoquée la possibilité d'attribuer des scores calculés à partir d'indicateurs de qualité pouvant moduler leur financement. Il convient d'ailleurs de souligner que l'une des critiques principalement exprimées sur la T2A est l'absence de mesure spécifique de la qualité des séjours. Si les tarifs évoluent régulièrement avec pour ambition de « donner aux établissements les moyens d'assurer la qualité de toutes les prises en charge, même les plus lourdes, il n'est pas exclu d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements soit des sanctions pour non-qualité, soit des incitations à aller au-delà pour faire progresser le niveau de qualité souhaité, au bénéfice d'établissements précurseurs ou expérimentateurs par exemple » [25]. Le modèle préconisé pourrait s'appuyer sur des dispositifs existants tels que la certification des établissements, les contrats de bon usage des produits pharmaceutiques, l'accréditation des spécialités à risque ou encore la publication d'une batterie d'indicateurs rendus obligatoires par la loi HPST ou issus de groupes de travail tels que la plateforme Qualhas développée par la HAS, le tableau de bord des infections nosocomiales, les programmes de recherche COMPAQH, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Autre problématique à intégrer au système de financement, la prise en compte des missions d'intérêt général. Une fois encore, l'ajustement des tarifs peut être considéré afin de tenir compte du coût indirect de la formation médicale, de la prise en charge de populations spécifiques et de la situation de l'établissement au sein d'un bassin de population donné (hôpital unique, établissement rural, centre régional de référence). C'est le principe retenu pour la fixation du tarif des DRG américains. En Australie, la solution proposée repose sur des paiements additionnels mis en œuvre à partir d'un certain niveau d'activité cible déterminé en fonction de son activité historique. Ces paiements additionnels sont notamment calibrés en

[25] Rapport 2011 au parlement sur la tarification à l'activité

fonction du degré d'urgence clinique de leurs patients ou sont conditionnés à la réalisation d'objectifs spécifiques de prise en charge de patients sur liste d'attente.

Ces deux sources d'évolution dans le mode de financement des hôpitaux autour de la prise en compte de la qualité d'une part et des missions d'intérêt général d'autre part, va dans le sens d'une déstabilisation du contrôle de gestion hospitalier au profit d'un contrôle de gestion hospitalier médicalisé moins connoté péjorativement autour des seuls enjeux financiers et au profit de la dimension qualité.

A travers la problématique des modalités de financement exploré sur la base des expériences étrangères menées dans les pays de l'OCDE c'est la question de la performance qui est posée dans une perspective pluridimensionnelle. Pour autant, notre recherche le démontre, le contrôle de gestion, dont l'une des finalités est l'atteinte de la performance, ne peut être restreint au seul périmètre de l'hôpital « quatre murs ». Sans aller jusqu'au concept de « l'hôpital étendu », les systèmes de santé tels qu'ils existent s'articulent autour d'acteurs sur lesquels les mécanismes de gouvernance sont déclinés avec un objectif de performance globale encore peu définie.

11.2 Performance des systèmes de santé et mécanismes de gouvernance

Le contrôle de gestion a pour finalité la performance, à travers de nombreux indicateurs. Ces derniers s'articulent dans un contexte de gouvernance donné qui évolue, caractérisé d'une part par ses finalités, parmi lesquelles la productivité, et d'autre part ses leviers financiers mais aussi organisationnels tels que la coordination des soins. Ces problématiques sont particulièrement adaptées au contexte nouveau qui caractérise le système de santé autour de la prise en charge des pathologies chroniques qui ne se limitent pas aux seuls patients diabétiques ou atteints de cancer même si les études portent essentiellement sur ces pathologies. Les résultats doivent être transposables aux patients atteints d'insuffisance cardiaque respiratoire chronique, d'asthme, ou d'insuffisance coronarienne par exemple mais aussi de dispositifs de prévention et dépistage.

11.2.1 Coordination des soins et productivité

La mesure de la performance suppose de définir des indicateurs pluridimensionnels. Plus largement, le rapport de l'OCDE sur la performance des systèmes de santé (2004) précise que « ce n'est pas simplement en réduisant les coûts mais en changeant la manière de dépenser que l'on pourra améliorer l'efficience ». N'est-ce pas là une des missions confiées à un contrôle de gestion médicalisé ? Autrement dit, il s'agit d'examiner l'organisation du système de santé et les mécanismes de gouvernance, qu'il s'agisse de la planification, de l'incitation, du contrôle et plus largement de l'évaluation de la performance

A partir de la littérature, nous nous intéressons au cas de pays de l'OCDE dans le contexte des réformes récemment introduites. Pour autant, compte-tenu du caractère récent de ces réformes, les études reflètent encore insuffisamment leur efficacité à diminuer la croissance des coûts et ce malgré les incitations destinées à l'ensemble des acteurs du système de santé.
Dans ce contexte, la coordination des soins semble être un levier d'action en vue de l'amélioration de la performance du système de santé tant du point de vue d'efficacité clinique qu'économique

11.2.1.1 Productivité et mécanismes d'incitation

Outre la dimension qualitative, la prise en compte des contraintes financières oblige à raisonner en termes de productivité. Nous avons précisé la spécificité de la mesure de la productivité hospitalière. Or, dès qu'on s'intéresse à la productivité du système de santé, la prise en compte de la double contrainte coût / qualité, également décrite en termes de rentabilité / performance, accroît les difficultés méthodologiques.

La mesure de la productivité des acteurs en économie n'est pas un exercice facile. En théorie pourtant, il s'agit simplement de calculer le ratio de l'output sur l'ensemble des inputs. Le secteur public et plus particulièrement de la santé est caractérisé par l'absence de prix de marché et la faible disponibilité d'un structure de coûts. La première question à poser est donc celle de l'identification des outputs : nombre de patients traités dans les hôpitaux, longueur des listes d'attente, longueur des hospitalisations… ou de manière plus globale, le nombre de cas traités comparé aux moyens mis à la disposition des organisations de santé. Ce dernier

calcul a fait l'objet d'une l'étude menée dans dix-sept pays de l'OCDE (Castonguay, Montmarquette, Scott, 2008).

Pour autant, toute la difficulté résulte dans le caractère complet et exact de telles mesures auxquels s'ajoutent des facteurs qui échappent au contrôle du système de santé, à l'image du vieillissement de la population. De plus, notre ambition étant d'appréhender la mesure de la performance à l'échelle du système de santé dans son ensemble, des données macroéconomiques ne fournissent pas toujours une explication sur les variations observées. Ainsi, une décroissance du nombre de cas traités par médecins pourrait être interprétée comme une baisse de la productivité mais elle pourrait aussi être le fruit d'une meilleure qualité de la prise en charge.

Si l'on vise une autre dimension que la seule productivité, c'est la performance globale du système de santé qui doit être appréhendée et les mécanismes d'incitations doivent alors porter sur l'ensemble des acteurs. Par définition, les mécanismes d'incitations sont, en effet des avantages, généralement économiques, offerts pour encourager les individus ou les organisations à orienter leurs dépenses, leurs efforts, leurs investissements ou leur production dans une direction donnée. La difficulté résulte alors dans la définition d'objectifs compatibles et d'efficacité. Aussi, si la performance est définie par le volume des services alors la rémunération à l'acte est indiquée, si, à l'inverse, elle est définie par plus d'un critère alors les mécanismes d'incitation doivent être alignés sur l'ensemble de ces indicateurs et peuvent prendre la forme de contrats, de diverses modalités de rémunération.

Les auteurs distinguent cinq types d'acteurs sur lesquels des mécanismes incitatifs peuvent être appliqués. Conformément à notre raisonnement, nous commençons par le cas des hôpitaux pour élargir progressivement les acteurs concernés au cas des médecins et des usagers, puis de manière plus atypique les administrations publiques et les acheteurs.

– Les hôpitaux : outre les méthodes de financement (Annexe 3) qui visent le contrôle de la croissance des coûts et l'amélioration de la productivité des hôpitaux, éventuellement combinés à des objectifs de qualité, de productivité et de non-sélection des risques en ajustant les budgets en fonction de la lourdeur des cas et de l'utilisation des meilleures pratiques, c'est l'introduction de la concurrence qui rend le personnel de santé responsable en créant un marché de santé interne et en confiant sur cette base la responsabilité de l'achat des services hospitaliers au médecin généraliste ;

– Les médecins eux-mêmes sont concernés par des mécanismes incitatifs portant sur leur rémunération et visent différents comportements ; alors que la rémunération forfaitaire encourage à réduire les coûts, la rémunération à l'acte acte vise à accroître le volume de patients traités ;

– Les usagers sont responsabilisés sur leur consommation de services de santé, et les plus fortes contributions sont exigées au niveau des médicaments ;

– Les administrations publiques : en dehors des systèmes spécifiquement dédiés aux hôpitaux (contractualisation, indépendance des gestionnaires), les efforts supportés par les administrations publiques passent par l'accroissement du rôle des acheteurs et l'accroissement de la compétition qui en résulte entre fournisseurs ;

– Les assureurs enfin, dans un contexte où « aucun pays n'a pu réaliser la prise en charge intégrale des dépenses de santé » (Le Pen, 2004) ; l'enjeu est double, il s'agit de ne pas défrayer les coûts de services à l'efficacité non démontrée et favoriser le développement des couvertures privées supplémentaires.

Au final, le point commun entre l'ensemble de ces éléments incitatifs va dans le sens d'une obligation à « rendre compte » tant du point de vue de la dépense que de la qualité des soins. De telles actions de « reddition » sont garantes de la responsabilisation des usagers, de la mise en concurrence des acteurs de soins. Ainsi, la diffusion publique d'information apparaît comme une nouvelle tendance qui passe par la publication de temps d'attente pour les chirurgies électives (Canada, Suède, Danemark), d'indicateurs de qualité des institutions (Etats-Unis) ou encore de l'obligation de rapporter les erreurs médicales (Grande Bretagne).

Pour autant, de tels mécanismes incitatifs pourraient se révéler en contradiction avec l'objectif de coopération nécessaire entre professionnels de santé pour une prise en charge optimale. Lorsque la coopération n'est pas spontanée, ils rendent des mécanismes de coordination nécessaire.

11.2.1.2 Modèles de coordination et impact sur la qualité des soins et les dépenses de santé

La littérature étrangère s'intéresse de manière locale à l'impact de prises en charge coordonnées en analysant des dispositifs de coordination des soins particuliers tels que le rôle du *Disease management*, du recours aux réseaux (Kewell, B., C. Hawkins, et al.,2002), du lien entre hôpital et médecine de ville autour de l'articulation des soins primaires et secondaires

(Leese, B., P. Heywood, et al. 2006), dans la contexte particuliers du retour au domicile (Fletcher, K. and V. Painter, 2002) et analysent le rôle des proches et de la famille (Farncombe, M. L., 1991) et la place du médecin généraliste (Nielsen, J. D., T. Palshof, et al., 1999).

De manière plus générale, les études montrent que des programmes de coordination des soins ayant fait la preuve de leur efficacité tant en termes de réhospitalisation que de qualité des soins et de réduction des dépenses (Peikes D., Chen A., Schore J, et al., 2009) sont caractérisés par cinq éléments :

- Des relations directes et fréquentes avec le patient et sa famille pour créer une relation de confiance ;
- Des patients qui ne présentent ni trop peu de risques d'hospitalisation ni un stade trop avancé dans la maladie ;
- Des patients éduqués pour suivre correctement leur traitement ;
- Des liens étroits avec les hôpitaux locaux ;
- Des liens étroits et fréquents avec les médecins.

De tels modèles se révèlent au final particulièrement bien adaptés au cas des pathologies chroniques.

11.2.2 La gestion des maladies chroniques

Le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques et des pratiques de santé ont eu pour conséquence d'augmenter l'espérance de vie des individus mais aussi d'augmenter le part de la population et le nombre vivant avec de multiples maladies chroniques. En conséquence, la grande majorité des personnes qui fréquentent le système de santé sont attentes d'une ou plusieurs maladies chroniques. Des chercheurs canadiens ont évalué la part des consultations en soins primaires à 80% et les 2/3 des coûts médicaux seraient associés au traitement des maladies chroniques.

11.2.2.1 Efficacité des modèles intégrés de gestion des maladies chroniques

Plusieurs modèles de gestion des maladies ont été proposés par les études canadiennes et internationales face au développement des maladies chroniques. L'objectif de modèles de

Gestion de la Maladie (GM) est d'améliorer l'état de santé des malades chroniques hauts consommateurs de services de santé par une meilleure prise en charge de ces malades en termes de prévision secondaire.

Parmi ces modèles, l'un des plus utilisé est *Chronic Care Model* en vue de développer les dispositifs de coordination. Il s'agit d'un modèle intégré de prévention et de gestion des pathologies chroniques développé aux Etats-unis (Wagner, 2004). Les actions d'intervention visent à générer des équipes de soins proactives et organisées qui interagissent avec des patients informés ; ces actions peuvent être regroupées sous trois grandes sphères : la communauté, le système de santé et la prestation de services (Dubé, 2006). Plus précisément, le modèle s'articule autour de 6 domaines d'action concertée : (1) l'organisation de l'offre et la prestation de services, (2) le soutien à l'autogestion par les personnes, (3) le soutien à la décision clinique, (4) le développement de système d'information clinique, (5) l'utilisation des ressources communautaires, (6) l'organisation d'ensemble du système de santé. Plusieurs études ont évalué les effets sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques ; une méta-analyse récente suggère que l'implantation d'au moins une caractéristique du Chronic Care Model est associée à une amélioration des processus et résultats de soins pour les personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'insuffisance cardiaque et de dépression. D'autres études ont montré que le programme avait été un succès avec une amélioration de la qualité et une diminution des coûts en grande partie imputable à la diminution des visites aux urgences et des hospitalisations.

Les auteurs identifient plusieurs composantes clés essentielles à l'amélioration continue de l'efficacité des soins auprès des malades chroniques autour d'un système d'informations permettant d'identifier les usagers fréquents du système de santé et ainsi faciliter le transfert de l'information médicale au sein de l'équipe médicale à partir d'outils d'aide à la décision basés sur des dossiers patients électroniques recensant les protocoles de soins et permettant ainsi des systèmes d'alertes automatisés. Le modèle intégré identifié par Bodenheimer ne vise plus seulement l'amélioration de la performance du médecin mais celle des résultats cliniques (Le Pen, 2004). Les conditions à instaurer passent par des visites planifiées, la gestion des malades chroniques et des systèmes automatisés de rappel.

Ces résultats vont dans le sens d'un autre dispositif de coordination, initié dans le secteur de la psychiatrie, le *case management*. La stratégie est simple, elle vise à renforcer l'encadrement des patients, en améliorant leurs connaissances et leurs compétences et donc le comportement global face à leur état. Le gestionnaire clinicien facilite alors le travail

multidisciplinaire proactif, en vue d'une diminution de la pression sur la demande des services hospitaliers et d'urgence et donc du budget.

En matière de financement, la littérature insiste donc sur l'élaboration de modes de rémunération plus adaptés aux pathologies chroniques. L'enjeu est de taille puisque les activités contenus dans le *Chronic Care Model*, telles que la coordination par le *case manager*, le développement des systèmes d'informations, l'éducation thérapeutique… ne sont pas ou peu couverts par la rémunération au paiement à l'acte. Ils ont notamment débouché sur l'élaboration de forfaits de type « *Case Management* », défini comme étant une rémunération supplémentaire forfaitisée pour un service supplémentaire non couvert par un autre mode de rémunération.

11.2.2.2 Développement d'outils dédiés : exemple d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale

La prise en charge des maladies chroniques nous oblige à raisonner hors de l'hôpital, même si des séjours ponctuels peuvent être observés en cours de traitement pour des épisodes aigus. Plusieurs études se sont intéressées à l'amélioration de la qualité des patients diabétiques de type 2 sur la base de systèmes électroniques de type tableau de bord et / ou rappels automatiques et l'intervention de facilitateur en général des infirmières

La plupart des maladies et des problèmes de santé font l'objet de recommandations largement diffusées[26]. Pour autant, plusieurs études suggèrent que les pratiques médicales s'écartent sensiblement des recommandations. Parmi les raisons évoquées figurent des difficultés à mémoriser l'ensemble des recommandations et leurs mises à jour, voire une méconnaissance ou un oubli, mais aussi une difficulté à intégrer toutes les dimensions d'une situation biopsychosociale complexe au moment de la prise de décision. Des Systèmes Informatiques d'Aide à la Décision (SIAD) sont alors mis en place parmi lesquels les rappels automatiques à échéance d'une procédure de surveillance ou de prévention qui ont montré leur efficacité. Le tableau de bord est défini ici comme l'outil du pilote au sens du « tableau de

[26] Le site internet de la National guideline clearing house américaine recense 2117 recommandations concernant des maladies en dehors de la pathologie mentale, alors que le Catalogue et Index des Sites Médicalisés Francophones (CISMeF) recense 1568 ressources de type recommandations de bonnes pratiques en langue française.

bord ». Il ne s'agit pas d'un système d'aide à la décision *a posteriori* mais d'un outil de pilotage au caractère opérationnel dans la décision médicale.

En France, si la plupart des médecins généralistes se sont informatisés suite au plan Juppé et l'obligation qui leur est faite de télétransmettre des feuilles de soins électroniques, et disposent de dossiers médicaux informatisés pour environ 80% d'entre eux, la quasi absence de codage des dossiers médicaux selon des référentiels partagés est un obstacle au développement et à la diffusion de SIAD en médecine générale. Pour autant, des projets sont en cours, parmi lequel le partenariat entre de Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) avec un éditeur de logiciel de gestion du dossier médical informatisé. L'un des modules du projet d'Aide au Suivi et à la Thérapeutique Informatisée vise ainsi à aider le médecin à réaliser les procédures recommandées pour suivre les pathologies chroniques en respectant les délais recommandés entre deux procédures. Outre la conception et la mise au point informatique, les études évaluent l'impact de tels tableaux de bord sur la qualité des pratiques en prenant le cas du suivi du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle (Falcoff H. et al, 2009). Les procédures et délais recommandés entre deux réalisations sont issus des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'étude compare les résultats obtenus avec ceux d'un groupe témoin utilisant le logiciel habituel. Les principaux résultats de cette étude font état de deux types d'apports en période pré-intervention :

- Les tableaux de bord n'ont pas de réel impact, plus de la moitié des patients étaient à jour de leurs examens de mesure de la pression artérielle et du poids, le dosage des lipides et celui de la créatinine ; il est probable que l'amélioration est d'autant plus difficile à obtenir que le niveau initial est élevé ;
- A l'inverse, l'apport est réel sur les indicateurs dont le niveau était bas tels que le calcul de l'IMC, l'examen clinique des pieds ou encore la réalisation du fond d'œil.

L'autre question posée est celle de l'acceptabilité d'un tel système par les médecins et des difficultés en termes de disponibilité et de motivation pour s'approprier le système. Certains médecins considèrent ainsi que l'utilisation de tels tableaux de bord alourdissent la consultation à l'inverse de ceux disposant des outils matériels et logiciels et ayant pris le temps de s'approprier le fonctionnement du système Ces obstacles sociotechniques à la diffusion des systèmes informatiques sont finalement des problématiques courantes dans un système régi par le paiement à l'acte.

Peu d'études évaluent un système informatique d'aide à la décision en médecine générale. L'un des enseignements essentiels que nous tirons résulte une nouvelle fois dans l'apport de la construction de l'outil plutôt que celle de son utilisation en tant qu'instrument. Dans le cas étudié, il accroît la dimension médicale du projet en contribuant à structurer et coder les informations de la même manière quel que soit le logiciel. Au final, un tel système est aussi prometteur, les données ainsi structurées pouvant être, après anonymisation exportées pour constituer des bases de données pour la recherche en médecine générale, mais aussi sur le comportement des acteurs de santé, producteur comme consommateur, données importantes pour l'amélioration du contrôle de gestion médicalisé.

Conclusion du chapitre 11

L'analyse des travaux internationaux de recherche en santé s'inscrit dans un champ restreint qu'est celui de l'économie publique. Les conclusions issues de ces recherches se situent donc en termes de santé publique dans une démarche essentiellement positive. Il s'agit en effet de comprendre les mécanismes de gouvernance du système de santé et les modes de régulation afin de répondre à la problématique du financement.

Peu de travaux s'intéressent aux comportements des acteurs dans une perspective davantage normative. C'est finalement la littérature en gestion de manière générale qui nous apporte quelques pistes de réflexion à analyser dans le contexte actuel des systèmes de santé.

Dans ce contexte, toute la difficulté résulte dans l'articulation entre des préoccupations de santé publique qui se traduisent par des mécanismes incitatifs en faveur de nouveaux modes de coordination entre acteurs et leur déclinaison concrète sur le terrain. Pourtant en France comme à l'étranger, des expériences sont mises en œuvre. L'enjeu consiste alors à étudier ces expérimentations, voire y participer si l'on veut doter les organisations de santé d'instruments de gestion à visée opérationnelle et décisionnelle. La recherche-interventions semble alors un mode de recherche propice à l'exploration de nouvelles pratiques et leur évaluation.

Un tel mode de recherche nous semble favorable au développement, à la valorisation et à l'ouverture internationale de la recherche en gestion dans le domaine de la santé en vue de fournir des réponses concrètes à des problématiques communes. En effet, l'ensemble des systèmes de santé des pays de l'OCDE ont pour point commun d'avoir opté pour un mode de tarification des hôpitaux à la pathologie dans un contexte de contrainte budgétaire forte. Le contexte est aussi celui du développement des pathologies chroniques qui appelle de nouveaux modes d'organisation des soins vers un système plus intégré entre médecine de ville et hôpital et une prise en charge coordonnée et personnalisée dans laquelle le patient est acteur de sa propre santé.

En ce sens, si l'hôpital ne peut plus agir seul, le médecin de ville ne peut plus être considéré de manière isolée. Les questions traitées par la littérature peuvent également être pensées du point de vue de la médecine libérale au moment où un nouveau modèle se dessine avec de nombreuses questions sur les modalités d'exercices : où (en cabinet, en maison médicale), comment (seul, en groupe, avec d'autres professionnels, pour un exercice partagé, délégué ?)

et avec quelle rémunération (paiement à l'acte, paiement à la performance, paiement au forfait ?). Ces sujets ne se conçoivent que dans la perspective de l'accès aux soins pour la population et pose des questions de gestion au sens large allant des modalités de financement, aux modes d'organisation mais aussi à la place des nouvelles technologies de l'information dans les soins primaires. Autant de questions qui restent à aborder dans le dialogue entre politiques et acteurs du système et auquel doit pouvoir s'intégrer le chercheur en gestion de la santé.

Conclusion générale

Notre objectif de recherche s'inscrit dans le cadre d'une démarche de recherche abductive qui vise à aboutir à une explication prédictive quant au concept de contrôle de gestion médicalisé. La méthode que nous avons mise en œuvre se veut donc progressive et considère le mode de recherche et d'obtention de connaissances nouvelles comme un processus de conception. Au départ, ne connaissant pas exactement l'aboutissement attendu de ce processus, l'objet de la recherche porte sur le contrôle de gestion appliqué à l'organisation qui nous intéresse, l'hôpital sans que nous n'ayons de définition précise de ce qu'il est ou devrait être mais avec cette simple intuition d'une notion connotée péjorativement, dont le déploiement, pourtant inéluctable, est vécu comme une contrainte par les acteurs hospitaliers.

En effet, le poste de contrôleur de gestion est souvent perçu comme révélateur de dysfonctionnements et générateur de problèmes. Pour autant et pour résumer notre première intuition, il nous semble que la notion de contrôle de gestion est utilisée par défaut sans que l'on ne sache précisément la définir, condition probablement nécessaire à son appropriation par les acteurs. A l'inverse et à l'issue de notre réflexion nous ne souhaitons pas rester prisonniers de l'expression « contrôle de gestion », l'enjeu restant d'apporter des éléments de réponse aux problématiques gestionnaires auxquelles est confronté tout manager hospitalier mais aussi contribuer à la valorisation de la recherche en gestion dans le domaine de la santé.

Les sciences de gestion mêlent deux visions. La première issue de la théorie économique, la seconde des théories sociologiques. Si l'on considère le secteur de la santé, ces deux disciplines s'appliquent également. Il est pour autant plus difficile de distinguer un courant de gestion de la santé. En positionnant notre réflexion autour des savoirs nécessaires à la construction d'outils de gestion d'une part, et la formation des structures et des relations de dépendance ou de complémentarité qui se créent entre les acteurs d'autre part, nous privilégions une approche qui vise l'action collective, condition nécessaire pour rapprocher deux disciplines a priori antagonistes que sont médecine et gestion.

Nous confirmons ainsi notre intuition d'un contrôle de gestion en tant que processus de conception innovante qui passe par la construction conjointe des savoirs et des relations. Cette question est d'autant plus pertinente que nous abordons différents niveaux de l'organisation, de l'hôpital « quatre murs » à l'hôpital « étendu ». Au fur et à mesure que l'hôpital s'ouvre sur

l'extérieur pour aborder des problématiques de prise en charge transversales, l'objet même auquel s'applique le contrôle de gestion est à revisiter et la notion de contrôle de gestion hospitalier ne saurait être suffisante. Au regard des définitions usuelles du contrôle de gestion, peut-on réellement parler de contrôle de gestion à l'hôpital ? Cette notion a-t-elle du sens appliquée de manière plus systémique au secteur de la santé ?

La contrainte budgétaire est réelle. S'il semble difficile de revenir en arrière pour la T2A, il est aussi normal de fabriquer des Comptes de Résultat Analytiques, connaître ses coûts et se positionner. Mais, plus que la nature de l'information issue de ces outils, c'est l'usage qui en est fait qui doit être revu.

Ni prédiction, ni prévision, cette recherche a donc simplement pour ambition d'éclairer les professionnels dans leur choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement ou de l'élaboration d'un projet de réorganisation. La finalité de cette recherche, au travers des enjeux identifiés et des pistes d'action tracées, vise alors à susciter le débat et permettre ainsi à chacun d'enrichir sa réflexion.

Méthode : recherche-intervention et déstabilisation de l'objet hôpital

Afin de progresser dans la connaissance de cette fonction, dans une perspective positive et normative, nous partons d'une analyse de l'existant et formulons un constat, celui d'un contrôle de gestion basé sur une culture du chiffre déraisonnée, donc incomplet et dissout dans l'organisation. Il en résulte un contrôle de gestion essentiellement budgétaire sans impact sur l'organisation. Le cadre théorique que nous retenons est celui des sciences de gestion mais aussi des disciplines associées contribuant à l'analyse de cette organisation particulière qu'est l'hôpital.

Au départ de notre réflexion nous ne considérons donc pas le contrôle de gestion dans sa globalité mais par ses outils, principalement issus de la comptabilité analytique. L'un des enjeux vise donc à la généralisation du déploiement mais aussi et surtout de l'utilisation de la comptabilité analytique dans les centres hospitaliers. En nous penchant sur la question plus générale du contrôle de gestion hospitalier dans un premier temps, que nous requalifions ensuite de médicalisé, nous prenons en compte le niveau de l'organisation qui nous amène à

dépasser la seule vision quantitative des démarches gestionnaires à l'hôpital au profit d'une approche pluridimensionnelle.

Le questionnement de recherche posé est double :

- Nous choisissons trois terrains de recherche complémentaires qui permettent d'analyser différents niveaux de l'organisation dans le cadre d'une ouverture de l'objet sur lequel porte le concept de contrôle de gestion étudié, l'hôpital ;
- Nous retenons une grille d'analyse axée autour du tryptique modèle – outil – instrument avec pour finalité la progression des connaissances sur le concept de contrôle de gestion médicalisé.

Pour autant ce cadre théorique néglige jusqu'ici le thème de l'action collective, qui permet d'appréhender le constat initialement formulé, celui d'un contrôle de gestion sans impact sur les organisations. Nous recourons alors à deux opérateurs constitutifs de l'action collective, « savoirs » et « relations ».

La question posée est celle des coûts de la non-qualité en termes de non coordination ; comment objectiver, valoriser les coûts de la non-coordination qui apparaîtraient ici comme étant l'un des dysfonctionnements organisationnels majeurs de l'hôpital. De manière plus positive, la question peut être posée en sens inverse ; en quoi l'amélioration de la coordination peut se traduire par des gains non seulement en termes de qualité mais aussi en termes économiques ?

Ceci suggère de s'interroger quant à la notion de performance. A quel niveau doit-elle être évaluée, au niveau de l'établissement dans une perspective microéconomique ou de manière plus large en considérant le système de santé dans son ensemble dans une perspective macroéconomique. La question de l'hôpital performant n'est donc pas si évidente dès lorsqu'on en aborde le périmètre de l'organisation considérée. Qu'on raisonne au niveau de l'hôpital « quatre murs » ou au niveau de l'hôpital « étendu », la performance doit être apprécié au regard de plusieurs critères interdépendants qu'il s'agisse du niveau d'activité, de l'organisation garante de gains de productivité sous réserve de mutualisation des moyens , de qualité et de sécurité des soins ou encore de climat organisationnel. L'enjeu réside donc dans l'étude des interactions entre ces quatre dimensions pour mettre en avant les arbitrages et les questions soulevées par un contrôle de gestion pluridimensionnel : l'accroissement de l'activité est-il compatible avec l'atteinte d'un niveau minimal de qualité ?

Synthèse des résultats : de la comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion « médicalisé »

Si l'objectif réside dans l'étude du concept et l'apport à la théorie en sciences de gestion en santé, notre ambition est aussi de fournir des éléments de réponse aux gestionnaires hospitaliers sur le terrain ou tout du moins les inciter à se poser les bonnes questions et suggérer des pistes de réflexion à partir de signaux faibles que nous avons considérés comme susceptibles d'être amplifiés dans le contexte actuel des organisations de santé. En effet, nous ne souhaitons pas défendre l'idée d'une « boite à outils », dont on sait que l'application directe n'est pas possible.

Les trois terrains étudiés nous amènent à identifier quatre types de contrôle de gestion en fonction du type de prise en charge et de la pathologie. Pour chacun d'entre eux, trois questions doivent être posées :

- Pour quoi faire ? En liant le type d'activité et son mode de financement ;
- Comment faire ? En s'appuyant sur le système d'information du plus fruste au plus sophistiqué ;
- Avec qui faire ? En faisant émerger des acteurs supports.

En raisonnant autour de ces trois questions, nous en venons également à renverser la logique ; le contrôle de gestion s'est peut-être trompé de voie en construisant de nombreux outils très ambitieux mais qui au final se révèlent sans impact sur les organisations. L'étape de modélisation se veut décisive en vue de pallier cet écueil et constitue le point de départ d'un processus qui part d'une méthodologie bien définie, un recueil de l'existant, une analyse des besoins, la fixation de cibles, le choix de solutions organisationnelles et techniques, une concrétisation… La modélisation fait donc partie intégrante des missions qui incombent à la fonction contrôle de gestion, quelle que soit la personne qui l'incarne.

Par ailleurs en raisonnant au niveau de l'hôpital étendu, nous défendons l'idée selon laquelle l'hôpital ne peut plus être considéré de manière isolé dans un contexte de prise en charge intégrée et personnalisée du patient qui implique de faire coopérer plusieurs professionnels de santé.

Pour autant, même si nous adoptons une démarche plus ambitieuse tournée vers la prise en compte des dynamiques organisationnelles qui se complexifient du fait de l'ouverture de l'hôpital hors les murs, nous ne prétendons pas remettre en cause le déploiement et l'utilisation de la comptabilité analytique dans les établissements hospitaliers. Elle constitue selon nous un préalable nécessaire au pilotage interne des établissements auquel il est possible d'apporter encore certaines innovations et dépasser les difficultés de sa mise en œuvre. Ces outils ont fait l'objet de travaux de longue haleine en vue d'apporter des réponses aux attentes des établissements autour de trois principales méthodes de calculs de coûts : le retraitement comptable, le calcul des coûts par activité (Base d'Angers) et les échelles nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC). Les périmètres de calcul des coûts se veulent complémentaires en définissant des coûts par activité support mais aussi par séjour ou séquence de soins. Elles se sont traduites par la constitution de référentiels nationaux ou régionaux à des fins de parangonnage. Pour autant, ces méthodes ont souffert d'un manque de cadre méthodologique commun. Les récents travaux menés se sont attachés à définir ce cadre analytique commun qui permet l'articulation entre ces trois méthodes et devraient faciliter leur utilisation et donc leur déploiement sur le terrain (Annexe 4). La comptabilité analytique hospitalière, facultative par définition, ne l'est pas en réalité. Les outils qui en découlent ne doivent pas être considérés dans une optique de prescription et de jugement, hypothèse possible à condition de considérer des outils parfaits. Ils doivent davantage être considérés dans une perspective d'exploration et de discussion dans le cadre d'outils imparfaits car reposant sur des modélisations simplifiées et une comptabilité analytique au caractère conventionnel. Ce caractère imparfait des outils de gestion et leur corollaire que nous résumons sous le vocable d'« outils à trous » et évoque l'incomplétude de tels outils illustre toute la complexité de l'organisation, difficile à saisir, et ce d'autant plus que le niveau de l'organisation considérée s'élargit.

Cette question de la place de la comptabilité analytique dans la panoplie d'outils de contrôle de gestion à destination des organisations de santé n'est pas sans intérêt quant à la validation des aspects méthodologiques de la recherche et son apport à la théorie.

Apport théorique de la méthode de recherche

Nous avons à plusieurs reprises justifié le choix des terrains de recherche en les considérant de manière complémentaire et en élargissant progressivement le périmètre de l'organisation

hôpital. L'une des critiques pouvant être formulée réside dans le choix de l'échantillon et la question de sa représentativité. Cette critique n'a selon nous pas lieu d'être dans la mesure où nous ne raisonnons pas sur des situations stabilisées en vue d'évaluer le niveau de déploiement d'outils de gestion, l'utilisation qui en est faite, leur plus-value dans le processus d'aide à la décision avec pour conséquence la validation d'une typologie des établissements de santé.

Notre réflexion s'intègre dans une démarche d'exploration du nouveau, la déclinaison concrète de préoccupations de santé publique et de modes d'organisation préconisés par les tutelles. Cet argument renforce la nécessité d'une recherche de type recherche-intervention qui dépasse la simple observation ou la proposition d'une méthodologie telle que pourrait le faire un consultant. Notre position de chercheur nous invite à sélectionner des situations innovantes et porteuses dans un processus de progression des connaissances que nous assimilons à des signaux faibles à amplifier.

La démarche retenue autour du tryptique Modèle – Outil –Instrument trouve également tout son sens dans cette perspective. En effet, la problématique de la dynamique organisationnelle que nous avons soulevée à travers l'augmentation du nombre d'acteurs qui détiennent les savoirs à intégrer dans ces outils et se traduit par une complexification des relations attestent de la nécessité d'une phase amont de modélisation. En aval, nous devons toutefois préciser une limite à notre recherche qu'est celle de la difficulté à observer le passage de l'outil à son utilisation en tant qu'instrument, seule garante de l'appropriation de l'outil par les acteurs et de la robustesse du modèle sous—jacent. Nous nous heurtons ici à la principale difficulté de la recherche-intervention en santé qui est celle de son caractère très chronophage avant de pouvoir en apprécier les résultats. Si l'outil de simulation économique a pu faire l'objet d'une validation en tant qu'instrument sur la base d'un scénario testé, les résultats simulés n'ont pas pu pour l'heure être confrontés aux impacts effectivement observés. Le cas de la CSE est un cas intermédiaire dans la mesure où la recherche n'a pas abouti à la construction d'indicateurs et s'est résumée à la réalisation d'un diagnostic organisationnel. Enfin, le tableau de bord régional bâti sur le modèle des comptes nationaux de la santé une fois construit n'a pu être utilisé à des fins de pilotage et mis en adéquation avec le projet médical non encore finalisé tant sur le plan architectural que sur celui de la délégation des tâches.

Pour autant, la phase d'instrumentation, c'est à dire de passage de l'outil à l'instrument n'est pas la seule garante du dialogue de gestion. L'implémentation de l'outil en tant qu'adaptation

du modèle à chaque cas est une phase tout aussi importante qui suffit à elle seule à réunir les acteurs, les « faire parler » et ainsi éclaircir les savoirs détenus par chacun et les types de relations mises en jeu. En ce sens, chacun des terrains de recherche confirme l'apport du modèle en gestion pour la prise en compte des dynamiques organisationnelles.

Nous en déduisons là une différence fondamentale entre le modèle tel qu'il existe dans d'autres disciplines, en économie pour établir des prévisions, en sciences expérimentales pour tester des scénarii et le modèle en gestion qui ne porte pas sur une série de chiffres ou une réalité reconstruite en laboratoire mais sur des situations existantes.

Ouverture et perspectives de recherche : entre théorie et pratique

Cet enseignement nous semble porteur quant à la l'importance d'une recherche en gestion de la santé à distinguer du courant de recherche en économie de la santé davantage implanté. Pourtant les conditions semblent réunies si on postule que cette recherche, à la fois académique et pratique, doit s'articuler avec un environnement universitaire organisé autour de l'enseignement et de la recherche, nous constatons un développement croissant des formations qu'il s'agisse de masters, MBA et autres chaires santé.

L'apport est réel tant sur le plan de la littérature en sciences de gestion et management que de la réflexion des « acteurs terrains » qu'ils soient professionnels de santé, décideurs ou patients. Située à l'interface entre théorie et pratique, bon nombre d'acteurs peuvent participer à une telle réflexion qu'ils soient politiques en vue de l'incitation à de nouvelles formes organisationnelles, consultants avec pour mission la réalisation d'un apport méthodologique, acteurs terrains pour la mise en œuvre concrète et l'évaluation de la pertinence de tels dispositifs ou enfin chercheurs intervenant directement dans l'organisation. Cette thématique nous semble particulièrement riche dans la mesure où la mutation de l'écosystème hospitalier ne nous semble pas achevée et amène constamment à poser la question des outils et du contrôle de gestion.

La création de l'association ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé) le 25 mars 2011 atteste du potentiel de recherches dans cette branche des sciences de gestion. Elle a pour particularité de réunir des personnes issues du

monde universitaire, du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), et d'Ecoles de Commerce ainsi que du monde professionnel. Son objectif est de favoriser le développement, la valorisation et l'ouverture internationale de la recherche en gestion dans le domaine de la santé. A un moment où le management est au centre de nombreuses questions, de la gestion des risques, à la gestion des ressources humaines, en passant par les parcours coordonnés de soins ou l'évaluation de la performance, l'enjeu est de mobiliser des concepts et idées qui peuvent aider les professionnels, les décideurs et les patients dans leurs actions.

Les recherches seront poursuivies en ce sens en partant du terrain et en se posant la question du modèle de l'hôpital étant entendu que celui-ci ne se limite pas à l'hôpital « quatre murs ». La thématique de « l'hôpital performant » est certes déterminante pour les acteurs hospitaliers comme pour le régulateur quand on connait la qualité du système de santé français mais pas suffisante, l'hôpital n'étant plus qu'un des maillons de la prise en charge. Les recherches seront donc menées en gestion de la santé en privilégiant une réflexion non plus centrée sur la seule logique de la T2A à qui on attribue souvent, à tort, le regain d'intérêt pour le contrôle de gestion hospitalier, alors qu'elle ne fait que renforcer le champ d'action de la comptabilité analytique hospitalière. Aussi, si l'on souhaite dépasser le champ de la comptabilité analytique, ce sont les problématiques organisationnelles qui doivent être le point de départ de la réflexion et non une conséquence, en rappelant aussi que l'idée de productivité et de performance n'est pas née avec la T2A. En ce sens, le choc de la T2A nous semble donc davantage culturel que technique et met sur le devant de la scène la fonction économique du médecin hospitalier plus ou moins rejetée par l'éthique professionnelle et masquée auparavant par la logique de la dotation globale.

Annexes

Annexe 1 : **Offre de soins hospitalière : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public**

Annexe 2 : **La Consommation de Soins et de Bien Médicaux (CSBM) en 2010**

Annexe 3 : **Méthodes de financement des hôpitaux à l'étranger**

Annexe 4 : **Le Tableau Analytique Commun (TAC)**

Annexe 1 : Offre de soins hospitalière : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public

mission de service public	détail mission	financement				commentaires
		MIG cf. arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	autres	
1° la permanence des soins	gardes et astreintes des personnels médicaux	art 4 (modifié par l'arrêté du 9 mars 2011)				Pour les praticiens libéraux les montants à indemniser sont ceux précédemment prévus dans le cadre de la convention médicale
2° La prise en charge des soins palliatifs	Soins en unités dédiées		GHS majorés	X		
	coordination : EMSP	art 2 - 2° c)		X		
3° L'enseignement universitaire et post-universitaire		art 1er MERRI			Etat : ministère enseignement supérieur et recherche	Impossible de distinguer au sein des MERRI entre enseignement et recherche
	Dont internes	MIG				
	Dont clinicat	MIG/AC				
4° La recherche		art 1er MERRI				
5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers			tarifs (plan de formation)			Autre financement : convention médicale pour secteur ex-OQN
6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence	formation initiale		tarifs (compagnonnage)		conseils régionaux	compétence décentralisée : financement par les conseils régionaux
	formation continue et promotion professionnelle		tarifs (plan de formation)			Autres financements : FMEP
7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	prévention primaire et secondaire				Etat, FNPEIS, collectivités locales	Voir la part des ES dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé
	les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques	art 2 - 6°				
			tarifs			dans la pratique, seule l'éducation thérapeutique est financée par les MIG

mission de service public	détail mission	financement				commentaires
		MIG cf. arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	autres	
8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	SAMU	art 2 - 10°a)				
	SMUR	art 2 - 10°b)				
9° La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	prise en charge par des équipes hospitalières	art 6 - 1°				
	PASS	art 6 - 2°				
	prise en charge par des équipes hospitalières à l'extérieur des ES (« PASS mobiles »)	art 6 - 3°				
10° Les actions de santé publique						Voir la part des ES dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé
11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	Hospitalisation sous contrainte en psychiatrie			X		financement non individualisé, inclus dans la DAF et l'OQN
12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	UCSA	art 5 - 3°	CCAM	X		Hors FMESPP et DAF
	UHSI	art 5 - 2°	GHS		FMESPP (invest.)	la MIG ne couvre que les surcoûts non couverts par les tarifs
	chambres sécurisées pour détenus	art 5 - 4°			FMESPP (invest.)	Hors FMESPP et DAF
	UHSA			X	FMESPP (invest.)	
13° Les soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile						Prise en charge État (programme 303)
14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté				X	Invest	EPNS Fresnes ; prise en charge conjointe Etat/AM
				X	exploit	
					Etat invest	
					Etat exploit	

Source : Guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)

Annexe 2 : La Consommation de Soins et de Bien Médicaux (CSBM) en 2010

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1- Soins hospitaliers	**76,2**	**79,1**	**81,2**	**3,5**	**3,8**	**2,6**
publics	58,2	60,3	61,8	3,0	3,6	2,5
privés	18,0	18,9	19,5	5,0	4,7	3,1
2- Soins de ville	**42,1**	**43,2**	**44,0**	**3,3**	**2,7**	**1,8**
médecins	18,2	18,5	18,4	2,2	1,6	-0,7
dentistes	9,6	9,7	9,9	2,6	1,6	2,4
auxiliaires médicaux	9,9	10,4	11,0	6,3	5,9	5,5
analyses	4,1	4,2	4,3	2,7	2,2	1,7
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,6	0,1	3,5
3- Transports de malades	**3,4**	**3,6**	**3,8**	**4,5**	**6,5**	**5,2**
4- Médicaments	**33,4**	**34,1**	**34,4**	**2,1**	**2,0**	**1,1**
5- Autres biens médicaux	**10,7**	**11,0**	**11,6**	**6,2**	**2,9**	**5,5**
CSBM (1+...+5)	**165,7**	**171,0**	**175,0**	**3,3**	**3,2**	**2,3**

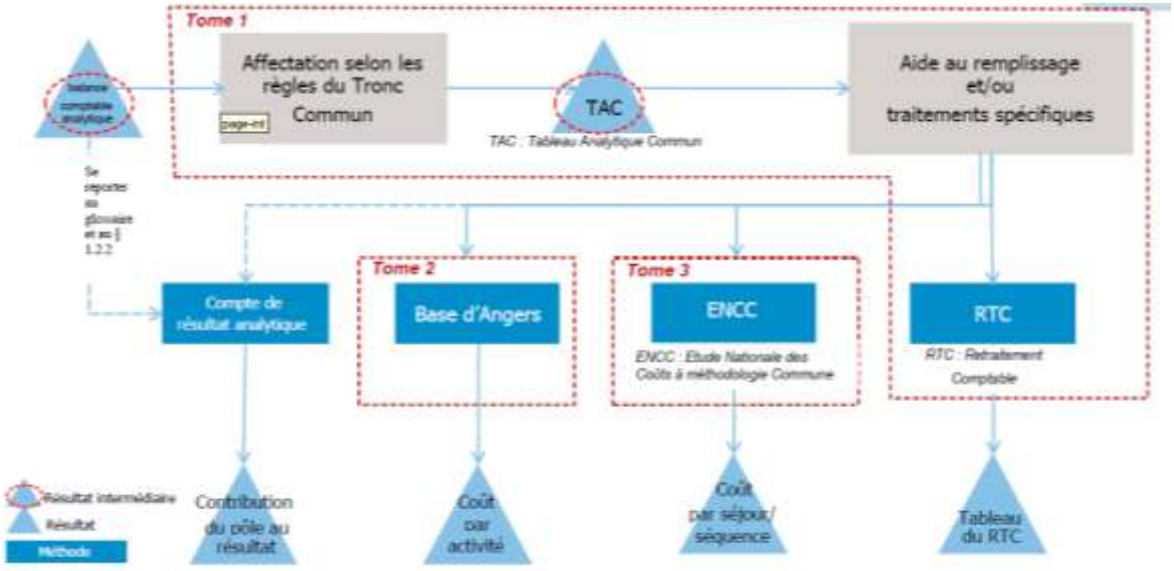
Source : Les comptes nationaux de la santé en 2010, DREES, Etudes et Résultats, n°773, Septembre 2011

Annexe 3 : Méthodes de financement des hôpitaux à l'étranger

Méthode	Pays	Avantages	Désavantages
Subvention globale (budget)	Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Finlande, Mexico, Irlande	Meilleur contrôle des coûts	Inefficace Sans relation avec les services fournis
Paiement par jour d'hospitalisation	Suisse, Allemagne	Simple d'application	N'encourage pas l'efficacité
Paiement par acte		Simple d'application	Incite à multiplier les actes médicaux
Capitation		Favorable à la productivité	N'encourage pas la qualité
Combinaison de Paiement à l'acte et de Forfait (services d'hébergement)	Belgique, Japon	Favorable à la performance (volume)	Incite à multiplier les actes médicaux
Budget prévisionnel fondé sur le *case mix* (DRG)	Belgique, Suède, Allemagne, Australie, Royaume-Uni	Favorable à la productivité (volume)	À moins d'être ajusté pour la lourdeur des cas réels ou le volume, n'encourage pas la qualité Difficulté de contrôler le budget total
Paiement par cas (DRG)	France, Danemark, Autriche En évaluation dans les pays suivants : Australie, Belgique, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Corée, Mexique, Norvège, Portugal, Suisse	Meilleur contrôle des coûts par patient Encourage la qualité et la productivité	Incite à sélectionner les risques

Source : Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE (Castonguay, Montmarquette, Scott, 2008)

Annexe 4 : Le Tableau Analytique Commun (TAC)



Source : Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière (DGOS)

Bibliographie

Abernathy, W. J., & Utterback, J. M. (1978). Patterns of industrial innovation. *Technology review*, 80(7), p 40-47.

Ackoff, R. (2004). *Transforming The Systems Movement.*

Alexander. C, (1964). *Notes on the synthesis of form.* Cambridge, MA. Harvard University Press.

Allais. M, (1989). Les lignes directrices de mon œuvre. L'Actualité économique, 3. p. 323-345.

Alter, C., Hage J. (1993). *Organizations working together*. London. Sage Library of Social Research.

Alvarez. F, (2000). *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence des risques organisationnels*. Actes du XXI Congrès de l'Association Française de Comptabilité.

Ansoff. H, I, (1965). *Corporate Strategy*. New-Yorg, McGraw-Hill. Traduit en français en 1968. Stratégie du développement de l'entreprise, analyse d'une politique de croissance et d'expansion. Paris. Editions Hommes et Techniques.

Anthony. R, N, (1988). *The management control function*. The Harvard Business School Press.

Argyris. C, (1952). *The impact of budgets on people*. Controllership Foundation. New-York.

Baldwin, C. Y., & Clark, K. B. (1997). Managing in an age of modularity. *Harvard Business Review*, 75(5), 84-93.

Berki. S, F, (1983). The design of Case-based Hospital Payment System. *Medical care*, 1. p.1613.

Berland, N. (2004), *Mesurer et piloter la performance*. Editions de la performance.

Berry, M. Moisdon, J.C. & Riveline, C. (1979). Qu'est-ce que la recherche en gestion. *Informatique et gestion*, Septembre

Berry. M (1983). Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains, Centre de recherche en gestion de l'école polytechnique, Cahiers du laboratoire, 1133.

Bodenheimer. T, Wagner. E, H, & Grumbach. K, (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*. 288(15). p. 1909-1914.

Bouinot, C. (2003). Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France (1850 – 1940. Présenté aux 9èmes journées d'histoire de la comptabilité et du management *Gouvernance d'entreprise : perspectives historiques.*

Bouinot, C. (2005). *Le contrôle de gestion à l'hôpital : Régulation et dynamique instrumentale*. Thèses de doctorat en Sciences de gestion.

Bouquin. H, (1997). *Les fondements du contrôle de gestion*. PUF.

Bourrier. M, (2001). La fiabilité est une question d'organisation » in Bourrier M. (éd.). *Organiser la fiabilité,* Paris, L'Harmattan, Coll. « Risques collectifs et Situations de crise ».

Bryson. J,M, & Crosby. B, C, (1992). Leadership for the common good. San-francisco. Jossey-Bass.

Burlaud. A, & Simon, C. (2003). *Comptabilité de gestion : coûts / contrôle*, Vuibert.

Canoui. P, & Mauranges. A, (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Editions Masson.

Cash. R, Grignon. M, & Polton. D, (2003). L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France-commentaire de l'article de J. Newhouse. *Economie publique*, 13. p. 35-47.

Castonguay. J, Montmarquette. C, & Scott. I, (2008). Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE. Rapport de projet. Cirano.

Chandler. A, (1977). The *Visible Hand : The Managerial Revolution in American Business*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. Traduit en français en 1988, La main visible des managers, Paris, Economica.

Christensen. C, M, Bohmer. R, & Kengy, J. (2000). Will disturbing innovations cure health care? *Harvard Business Review*, (Sept-Oct). p. 10-111.

Clark, B. (1985), The interaction of Design hierarchies and market concepts in the technological evolution, *Research Policy*, 14. p. 235-251.

Claveranne. J, P, & Pascal. C, (2004). *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*. Médica Editions.

Cohen. M, D, March. J, G, & Olsen. J, P, (1963). A behavioral theory of the firm, *Prentice-Hall*, Englewood Cliffs.

Colasse. S, (2008). L'objet nouveau du contrôle de gestion à l'hôpital : entre passé, présent et futur. Communication Séminaire D*éfis des organisations de santé, défis des sciences de gestion.* IFROSS. Lyon.

Colasse. S, & Nakhla. M, (2011). Les démarches de contractualisation comme processus de conception : l'émergence du contrôle de gestion médicalisé à l'hôpital. *Politique et Management Public*, (28,3). p. 311-331.

Contandriopoulos. A, P, Denis. J, L, Touati. N, & Rodriguez. R, (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures. *Revue transdisciplinaire en santé*, 8(2). p. 38–52.

Cyert. R, M, & March. J, G, (1963). *A behavioral theory of the firm*, Prentice-Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.

Daru, H. (1913), (Inspecteur-Contrôleur-adjoint des Hospices Civils de Lyon), L*es prix de journée des établissements hospitaliers*. Librairie Georg.

David. A, (1996). L'aide à la décision entre outils et organisation. *Entreprises et Histoire*, 13, p. 9-26.

David, A. (1998). Outils de gestion et dynamique du changement. *Revue Française de Gestion*, 120, p.44-59.

David, A., & Hatchuel, A. (2007). Des connaissances actionnables aux théories universelles en sciences de gestion. Présenté au *Conférence International de Management Stratégique*.

David, A. (2002), Décision, conception et recherche en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, 3(139), p. 173-185.

David, A. (2000). La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ? Présenté au IX Conférence International de Management Stratégique, Montpellier.

Demeestere. R, Lorino. P, & Mottis. N, (2003), *Contrôle de gestion et pilotage*, Dunod.

Demeestere, R., (1995), La transversalité : gestion des processus et des projets, *Revue Française de Gestion*, Juin-Juillet-Aout.

De Pouvourville. G, & Tedesco. J (2003), La contractualisation interne dans les établissements publics hospitaliers ? *Revue française de gestion*, (5,146). p. 205– 18.

De Rivardol, A. (1827). Dictionnaire classique de la langue française. Définition de *Instrument.*

Doblin. S, & Ardoin. J, L, (1989). Du rouge au noir, ou les profits retrouvés, Paris, Publi Union.

Dormont.B, & Milcent. C (2011), *Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire*

Drucker. P, (1954). *The Practice of Management*. Harper and Brothers. New York.

Dubé. F, (2006). *Les modèles intégrés de gestion et de prévention des maladies chroniques : La théorie et les expériences étrangères*. Document de travail. Direction des politiques et des orientations stratégiques.

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory Building from Cases : Opportunities and Challenges. *Academy of Management*, 50(1), p. 25-32.

Ellis, R. P. & McGuire, T. G. (1996). "Hospital response to prospective payment : Moral hazard, selection, and practice-style effects," *Journal of Health Economics*, 15(3), p. 257–277.

Engeström. Y, (2008). Quand le centre se dérobe : la notion de *knotworking* et ses promesses. Sociologie du travail, 50, p. 303–330.

Escaffre, J. P. (2008). *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*, Economica.

Estryn-Béhar. M, (1996). *Ergonomie hospitalière -Théorie et Pratique*. ESTEM, Paris.

Estryn-Béhar. M, & Fouillot. J,P, (1990). *Étude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins*. Documents pour le Médecin du Travail, INRS, TL5.

Expert, P. (2006), *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Paris. Berger-Levrault.

Farncombe. M, L, (1991). Symptom control in a regional cancer centre : an innovative outpatient approach. *Journal of Palliative Care.* 7(4): 21-5.

Fetter R. F. (1986), Les DRGs, le PMSI et l'expérience DRGs dans le monde, *Journal d'économie médicale*, 4(5), p. 265-273.

Fletcher. K, &Painter. V, (2002). Building a dream : creating an oncology day evening hospital. Canadian Journal of Nursing Leadership. 15(2): 10-3.

Friedberg. E, (1993). *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.

Gallouj, F. (1999). Les trajectoires d'innovation dans les services : vers un enrichissement des taxonomies évolutionnistes. *Economie et Sociétés* EGS, 1(5). p. 143–169.

Gauthier. P, H, Grenon. A, Pinson. G, & Rameau. E, (1979), *« Le contrôle de gestion à l'hôpital »*, Dunod

Giard, V. Boitout-Pappalardo, V. & Bonmarchand. P, (1996). Apport de la simulation à la conception et l'interprétation de tableaux de bord et à la comptabilité de gestion. *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 2(1). p. 65–84.

Glaser. B,G, & Strauss, A. (1967). Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. *Sociology Press*.

Godet. M, (2004). *Manuel de prospective stratégique*. Tome 1 Une indiscipline intellectuelle et Tome 2 L'art et la méthode. Dunod, 2ème edition.

Godet. M, (2004) La boite à outils de prospective stratégique. Cahiers du LIPSOR, 5.

Gosselin. A, & St-Onge. S, (1994). Performance et évaluation. *Revue internationale de gestion*, 19(3) numéro spécial, septembre.

Gosselin. M. & Mevellec, P. (2003). Plaidoyer pour la prise en compte des paramètres de conception dans la recherche sur les innovations en comptabilité de gestion*, Identification et maîtrise des risques : enjeux pour l'audit, la comptabilité et le contrôle de gestion.*

Goodwin, P. and Wright, G., (1999). Rethinking value elicitation for personal consequential decision. *Journal of Multi Criteria Decision Analysis*.

Hatchuel, A. (1994). *Les savoirs de l'intervention en entreprise*. Entreprise, 7, p. 59-75.

Hatchuel, A. & Molet, H. (1986). Rational Modelling in Understanding Human Decision Making: about two cases studies, *European Journal of Operations Research*,24, p. 178-186.

Hatchuel, A. &Weil, B. (1992). *L'expert et le système : gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*, Paris : Economica.

Hatchuel, A., & Weil, B. (2002). La théorie CK: Fondements et usages d'une théorie unifiée de la conception. Présenté au *Colloque Sciences de la conception*.

Hatchuel, A., & Weil, B. (2003). A new approach of innovative design: an introduction to CK theory. Dans Proceedings. *International Conference on Engineering Design*.

Hatchuel, A. (2001), Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective, in A.David, A.Hatchuel & R.Laufer (dir.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, Fnege, Deuxième édition 2008.

Hatchuel, A., Le Masson, P., & Weil, B. (2002). De la gestion des connaissances aux organisations orientées conception. *Revue internationale des sciences sociales*, 171, p.29-42.

Hatchuel, A. &. Le Masson, P (2007), *« Les processus d'innovation »*, Ed Hermès.

Henriet. D, (2001), Paiement prospectif, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison : fondements théoriques'', Dossiers Solidarité et Santé, 1. p. 1-16.

Hopwood, A. (1987). The archaeology of accounting systems. *Accounting, Organizations and Society*, (12,3). p. 207–234.

Janis. I, (1982). *Groupthinking*. Boston : Houghton Mifflin. 2ème edition.

Johnson, H. T. and R. S. Kaplan. 1987. *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston : Harvard Business School Press.

Kaplan, R, S, & Norton. D,P. (1996). *The Balanced Scorecard : Translating Strategy into Action Boston*. Harvard Business School Press.

Kaplan. R, S, & Norton. D, P. (2003). *Le tableau de bord prospectif* . Les Editions d'Organisation. Paris.

Kaplan, R, S, & Norton. D,P. (2001). Transforming the Balanced Scorecardfrom performance measurement to strategic management : part1. *Accounting Horizons,* 15(1). p. 87-104.

Kewell. B, C, Hawkins. (2002). Calman-Hine reassessed : a survey of cancer network development in England, 1999-2000, *Journal of Evaluation in Clinical Effectiveness*, 8(3) p. 303-311.

Le Pen. C, (2004), Couverture santé solidaire, Institut Montaigne

Leese. B, P, Heywood. et al. (2006). Developing cancer services strategy in primary care in England: primary care trust managers' views of the primary care cancer leads initiative. *Journal of Health Organisation and Managemen*t, 20(2-3): 140-9.

Lorino, P. (2002). *Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion,* Document de recherche ESSEC Centre de recherche.

Marples. C. & David. L, The decision of engineering design, *Transactions on Engineering Management*, EM 8, June. p 55 - 71.

Martory. B, (2001). *Contrôle de gestion sociale*. 3e éd. Vuibert.

Meyssonnier. F, (1999). Au cœur du contrôle de gestion : la mesure », dans F*aire de la recherche en contrôle de gestion*, ouvrage coordonné par Yves Dupuy, Vuibert-FNEGE.

Mintzberg. H, (1982), *Structure et dynamique des organisations*. Les Editions d'Organisation. Paris.

Minvielle. E (1996), Gérer la singularité à grande échelle. *Revue française de gestion*, 109. p. 114

Moisdon, J. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Ouvrage collectif (Seli Arslan). Paris.

Morel. C, (2002). *Les décisions absurdes*. Gallimard.

Mougeot. M, &Naegelen. F, (2011). Power of Incentives with motivated Agents in public Organizations. *Journal of Public Economic Theory*, 13(3). p. 391 - 416.

Nakhla. M, (2001). Dynamique des contrats et innovation dans l'entreprise – Evolution des modes de coordination et régulations économiques des projets. *Gérer et comprendre*, 66.

Nakhla. M,. (2003). Information, coordination and contractual relation in firms, *International Review of Law and Economics*, 23(1).

Nakhla. M, (2010). Designing physician's incentive for increased activity: paying for performance. Journal d'Economie Médicale, 28(3,4).

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*, 4. p. 45-62.

Nielsen. J, D, Palshof. T, et al. (1999). Cross-sectorial cooperation regarding cancer patients in a recently started care program. Ideas and themes based on focus group interviews with general practitioners and oncologists. *Ugeskrift for Laeger*. 161(14): 2074-8.

Ouchi, W. G. (1979) A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, p. 833-848.

O'Reilly, R.L., Karlinsky, H., Tempier, R. et Gray, J.E. (2003). *A survey of Canadian Psychiatrists' Experiences and Opinions on Using Videoconferencing for Assessments Required by Mental Health Legislation.* Canadian Psychiatric Association Bulletin

Pascal, C. (2000). Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble. a*dsp,* actualité et dossier en santé publique, 33.

Patte. D (1998), Les réseaux et la santé publique. adsp actualité et dossier en santé publique, 24.

Peikes. D, Chen. A, Schore. J, et al. (2009), Effects of car coordination on hospitalization, quality of care and health expenditures among Medicare beneficiaries : 15 randomized trials. JAMA. 301(6):603-618.

Peirce, C.S. (1877). The Fixation of Belief. *Popular Science Monthly*, 12, 1-15.

Peirce, C.S. (1878). *Écrits sur le signe*. Paris : Seuil.

Peirce, C.S. (1878b). How to make our ideas clear? *Popular Science Monthly*, 12, 286-302.

Picq. P (2003). *Au commencement était l'homme : de Toumaï à Cro-Magnon*, Paris, Odile Jacob.

Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.

Roy, B. (1968). *Il faut désoptimiser la recherche opérationnelle*, Bulletin de l'AFIRO, 7.

Russel. L, B, & Manning. C, L, (1989), The effect of prospective payment on medicare expenditures, *New England Journal of Medicine*, (320.7). p. 439-444.

Savall. H, & Zardet. V, (1991). *Maîtriser les coûts et les performances cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable*. Economica.

Schilte. A, & Minvielle. E, (2008). Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Rendre des comptes : une nouvelle exigence sociétale*. Dalloz, p. 64-83

Shleifer. A, (1985). A theory of yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 16(3). p. 319–327.

Simon. H, (1962), The architecture of complexity, *Proceedings of the American Philosophical Society*, 106. p. 467-482.

Sperandio J-C, 1980, La psychologie en ergonomie, Paris PUF.

Saaty. T, L, & Hirsch. G, (1984). *Décider face à la complexité : Une approche analytique multicritère d'aide à la décision*, EME Editions Sociales Françaises.

Simon. H, (1962), The architecture of complexity. Proceedings of the American Philosophical Society, 106. p. 467-482.

Simons, R. (1990). The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives. *Accounting, Organization and Society*, 15(1). p. 127-143.

Simons. R, (1995). *Levers of Control, Boston*. Harvard University Press.

Sperandio, J.C. (1980). *La psychologie en ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Stachowiak, H. (1965), Gedanken zu einer allgemeinen Theorie der Modelle; Studium Generale, *Springer*.

Smith, K.G., Carroll, S.J., & Ashford, S.J. (1995). Intra- and inter-organizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 39, p.7-23.

Suddaby. R, (2006). What grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49, p.633-642.

Teece, D. J. (1988). Capturing value from technological innovation: Integration, strategic partnering, and licensing decisions. Interfaces, p. 46-61.

Victor, B. and Boynton, A. (1998) *Invented here: Maximizing your organization's internal growth and profitability*. Boston, Harvard Business School Press.

Zeynep. O, & Thomas. R, (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) – Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.* Document de travail. 23.

Table des figures

Figure 1 : Définition du processus de prise en charge sanitaire

Figure 2 : Méthode des sections homogènes

Figure 3 : Méthode ABC

Figure 4 : Le financement des établissements de santé

Figure 5 : Modes de financements, nouvelles organisations et outils de comptabilité analytique hospitalière

Figure 6 : Les outils classiques du contrôle de gestion

Figure 7 : Des dysfonctionnements aux coûts cachés

Figure 8 : Une carte du management selon Kaplan et Norton (2001)

Figure 9 : Méthode de calcul du coût d'un séjour selon le modèle de l'ENCC

Figure 10 : Alternative au calcul du coût par séjour selon le modèle de l'ENCC

Figure 11 : Alternative au résultat en coût complet : la marge sur coût direct et la mesure de la contribution aux frais fixes indirects

Figure 12 : Le sens des réformes

Figure 13 : Process général du parcours patient

Figure 14 : Modélisation générale du parcours patient

Figure 15 : Approches et méthodes de l'EPP

Figure 16 : Supply chain management : le modèle hospitalier

Figure 17 : Axes d'analyse de la performance du parcours patient et indicateurs de mesure

Figure 18 : Histoire des réseaux en France

Figure 19 : L'objet de contrôle de gestion et l'ouverture de l'hôpital

Figure 20 : Modèle, Outil et Instrument

Figure 21 : Le processus de simulation

Figure 22 : Traduction de la stratégie en conséquences médicales

Figure 23 : Calcul d'impact sur les équipes et équipements

Figure 24 : Impact de la stratégie médicale sur l'occupation de la réanimation

Figure 25 : Le pilotage de la performance

Figure 26 : Evolution de l'activité de la CSE

Figure 27 : Processus de prise en charge par la CSE - Soin zometa

Figure 28 : Profil médico-psycho-social du patient à l'issue de l'entretien d'évaluation

Figure 29 : Principe du tableau d'échange et présentation sous forme de matrice

Figure 30 : Tableau d'échange du Territoire (Bilan en k€)

Figure 31 : Positionnement des trois terrains de recherche au regard du couple modèle / outil

Figure 32 : Objet du contrôle de gestion et éléments de définition

Figure 33 : Evolution du système de soins et de ses enjeux

Figure 34 : Pathologie et prise en charge : typologie des contrôles de gestion

Figure 35 : Fonctionnement d'un portal Ville-Hôpital

Figure 36 : La distinction de deux espaces dans la théorie C/K

Figure 37 : Les quatre opérateurs de la théorie C/K appliqués au concept de contrôle de gestion en santé

Figure 38 : Distance S/R et application au contrôle de gestion en santé

Figure 39 : Le contrôle de gestion : processus de conception innovante et réduction S/R

Figure 40 : Positionnement du chercheur et du consultant au sein du processus de conception innovante du contrôle de gestion médicalisé

Liste des sigles utilisés

ABC Activity Based Costing

ABM. Activity Based Management

ANAP. Agence Nationale d'Appui à la Performance

APEC. Agence Pour l'Emploi des Cadres

ARS. Agence Régionale de Santé

ATIH. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CAH. Comptabilité Analytique Hospitalière

CBUMPP. Contrat de Bon Usage du Médicament des Produits et des Prestations

CCAM. Classification Commune des Actes Médicaux

CH. Centre Hospitalier

CHT. Communauté Hospitalière de Territoire

CHU. Centre Hospitalo-Universitaire

CGS. Centre de Gestion Scientifique

CIFRE. Convention Industrielle de Formation par la REcherche

CLCC. Centre de Lutte Contre le Cancer

CMA. Co Morbidités Associées

CMD. Catégorie Majeure de Diagnostic

CME. Commission Médicale d'Etablissement

CMP. Centre Médico Psychiatrique

CNAMTS. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNEH. Centre National de l'Expertise Hospitalière

CNIL. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMPAQH. Coordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité Hospitalière

CPOM. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREA. Compte de Résultat Analytique

CSBM. Consommation de Soins et de Bien Médicaux

CSE. Coordination des Soins Externes

CSRH. Comité de Suivi des Réformes Hospitalières

CSG. Cotisation Sociale Généralisée

DAF. Direction des Affaires Financières

DCS. Dépense Courante de Santé

DES. Diplôme d'Etude Supérieur

DGOS. Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS. Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DIM. Département de l'Information Médicale

DG. Dotation Globale

DMS. Durée Moyenne de Séjour

DMP. Dossier Médical Personnel

DPI. Dossier Patient Informatisé

DPO. Direction Par Objectifs

DPP. Dossier Patient Partagé

DPPO. Direction Participative Par Objectifs

DPPR. Dossier Patient Partagé Réparti

DRASS. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRG. Diagnosis Related Group

DSIO. Direction du Système d'Information et de l'Organisation

ENC. Etude Nationale de Coûts

ENCC. Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune

EPRD. Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ERP. Enterprise Ressource Planning

ESPIC. Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

GACAH. Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière

GCS. Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS. Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GHM. Groupe Homogène de Malades

GHS. Groupe Homogène de Séjours

GIP. Groupement d'Intérêt Public

GMSIH. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier,

HAD. Hospitalisation A Domicile

HAS. Haute Autorité de Santé

HPST. Hôpital Patients Santé Territoire

ICR. Indice de Coût Relatif

IGAS. Inspection Générale des Affaires Sociales

IJ. Indemnités Journalières

INCa. Institut National du Cancer

IPAQSS. Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IPP. Identifiant Permanent Patient

IRDES. Institut Régional et Documentation en Economie de la Santé

ISA. Indice Synthétique d'Activité

ISEOR. Institut de Socio-Economique des Entreprises et des Organisations

LFSS. Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LOLF. Loi Organique relative aux Lois de Finances

MAINH. Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier,

MARTAA. Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification à l'Activité

MeaH. Mission d'expertise et d'audit Hospitalier

MERRI Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation

MIG. Mission d'Intérêt Général

MIGAC. Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MCO. Médecine Chirurgie Obstétrique

ODMCO. Objectif de Dépenses médecine Chirurgie Obstétrique

OMS. Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM. Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

ONEMFPH . Observatoire National des Emplois et Métiers de la Fonction Publique Hospitalière

OQN. Objectif Quantifié National

PHRC. Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PMI. Protection Maternelle et Infantile

PMSI. Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPS. Prospective Payment System

PREF. Plan de Retour à l'Equilibre Financier

PRS. Projet Régional de Santé

PSPH. Participant au Service Public Hospitalier

RCP. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RSA. Résumé de Sortie Anonymes

RUM. Résumé d'Unité Médicale

RTC. Retraitement Comptable

SA. Section d'Analyse

SIAD. Système Informatique d'Aide à la Décision

SIH. Système d'information Hospitalier

SIIPS. Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

SFTG. Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SNIIRAM. Système National Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SROS. Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD. Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR. Soins de suite et de Réadaptation

T2A. Tarification A l'Activité

TCCM. Tableau Coût Case Mix

TIC. Technologies de l'Information et de la Communication

TIM. Technicien de l'Information Médicale

UF. Unité Fonctionnelle

UO. Unité d'œuvre

Plan général

Introduction générale 9

Contexte et problématique de recherche 12

Méthodologie de recherche et terrains d'intervention 26

Structure de la réflexion et du document de thèse 29

Chapitre 1. Les outils issus de Comptabilité Analytique Hospitalière et la question de l'allocation des ressources 39

1.1 La formation des coûts et la naissance de la CAH..... 43

1.1.1 Evolution historique : deux modes de tarification distincts qui légitiment deux visions de la CAH 43

1.1.1.1 La tarification au prix de journée sur la base du calcul du prix de revient de la journée 44

1.1.1.2 La création de la dotation globale et l'encadrement des dépenses hospitalières..... 46

1.1.2 Méthodes de calcul des coûts à l'hôpital 48

1.1.2.1 La méthode des sections homogènes (ou coûts complets) 49

1.1.2.2 La Méthode ABC (Activity Based Costing)..... 49

1.1.2.3 La méthode dite des coûts variables..... 50

1.2 La connaissance de l'activité hospitalière : un défi à relever pour une meilleure allocation des ressources..... 51

1.2.1 Le PMSI et sa finalité : entre description de l'activité médicale et élément clé du mode de financement 52

1.2.1.1 Le PMSI comme élément de description plus fin de l'activité médicale à l'hôpital 53

1.2.1.2 Apports du PMSI à la Comptabilité Analytique Hospitalière 55

1.2.1.3 Le PMSI comme élément clé de la tarification..... 59

1.2.2 L'ICR comme indicateur de mesure de certaines activités médico-technique.... 60

1.2.2.1 L'ICR, un indicateur mixte 60

1.2.2.2 La base d'Angers comme support à l'analyse des activités transversales médico-techniques et autres 62

1.2.3 L'activité soignante 63

1.2.3.1 Contexte et justification d'un indicateur de mesure de l'activité du personnel soignant..... 63

1.2.3.2 Les outils de mesure de l'activité des personnels soignants 64

1.3 Le pilotage par les recettes : l'ère de la T2A et les nouveaux enjeux de la CAH 66

1.3.1 Tarification à l'activité : principes et finalités 66

1.3.1.1 La réforme de la T2A : le rétablissement d'un lien entre activité et volume du financement 66

1.3.1.2 La fixation des tarifs : entre mécanismes incitatifs et contestations..... 68

1.3.1.3 Des enveloppes qui poussent aussi à la performance 70

1.3.2 Une CAH généralisée qui génère de nouveaux outils au service du pilotage médico-économique 72

1.3.2.1 Les outils rétrospectifs : l'élaboration d'un diagnostic 72

1.3.2.2 Un outil prospectif : l'EPRD et le suivi au fil de l'eau 74

Conclusion du chapitre 1 75

Chapitre 2. Modèles et instruments du contrôle de gestion : du pilotage de la performance à l'action collective..... 79

2.1 Eléments de définition : de l'allocation des ressources au pilotage de la performance 82

2.1.1 Le contrôleur de gestion : technicien ou manager ? 82

2.1.1.1 La diversité des interventions du contrôleur de gestion 83

2.1.1.2 Les outils du contrôleur de gestion..... 84

2.1.2 Le contrôle de gestion comme processus de management 86

2.1.2.1 Quelle finalité : entre décision et délégation de gestion 87

2.1.2.2 Performance et stratégie : une carte du management..... 89

2.2 La dimension humaine du contrôle de gestion source de difficultés..... 91

2.2.1 Les problèmes humains et les biais qu'ils induisent dans la gestion budgétaire 92

2.2.1.1 Les problèmes humains inhérents à la pratique budgétaire 92

2.2.1.2 Le « slack organisationnel » comme source de biais budgétaires 93

2.2.2 Un contrôle de gestion sociale : du pilotage de la performance à la dynamique de l'action collective 93

2.2.2.1 Les ressources humaines : une « technologie invisible » qui impose une « mise sous tension » de l'organisation 94

2.2.2.2 Entre maîtrise des coûts cachés et pilotage de la performance : l'émergence du contrôle de gestion sociale 95

Conclusion du chapitre 2 97

Chapitre 3. Diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital : écueils, alternatives et enjeux 101

3.1 Les écueils du contrôle de gestion à l'hôpital.....103

3.1.1 De nombreux rapports : écueils et problématiques autour des démarches gestionnaires à l'hôpital 104

3.1.1.1 La question du management 104

3.1.1.2 La question des outils..... 106

3.1.1.3 La question de l'organisation 108

3.1.1.4 La question de la coopération..... 109

3.1.2 Les limites des outils traditionnels de CAH..... 110

3.1.2.1 Limites de l'objet : le GHM un outil insuffisant..... 111

3.1.2.2 Limites des coûts complets : le patient comme objet du calcul de coût . 112

3.1.2.3 Limites du benchmarking : une référence aux meilleures pratiques ?..... 114

3.2 Des thématiques nouvelles : de la comptabilité analytique au contrôle de gestion... 117

3.2.1 La notion de performance médico-économique 118

3.2.1.1 La performance se traduit-elle uniquement en termes de rentabilité ? .. 119

3.2.1.2 La performance de l'établissement se traduit-elle par une plus forte attractivité ? 120

3.2.2 La contractualisation dans les établissements de santé 123

3.2.2.1 Contractualisation externe et projet d'établissement : la région comme niveau d'organisation des soins 123

3.2.2.2 Contractualisation interne : le pôle comme niveau de déclinaison des objectifs de l'établissement 124

3.2.2.3 Le statut du contrat et son caractère synallagmatique 125

Conclusion du chapitre 3 128

Chapitre 4. Structure et fonctionnement de l'hôpital : l'ouverture de l'hôpital comme facteur de rationalisation des organisations hospitalières ? 133

4.1 La filière de soins comme objet nouveau du contrôle de gestion intra hospitalier 140

4.1.1 L'organisation du parcours patient comme garant de la qualité des soins et la maîtrise des coûts 140

4.1.1.1 Les leviers d'optimisation du séjour hospitalier 141

4.1.1.2 Du parcours patient au chemin clinique : la gestion par les processus ... 143

4.1.2 L'amélioration continue des prises en charge en tant que chemin clinique comme source de performance médico-économique 146

4.1.2.1 Un objectif d'optimisation du processus dans son ensemble 146

4.1.2.2 Quels indicateurs de performance ? 147

4.1.2.3 Lean management et coûts cachés 149

4.2 Le réseau comme niveau d'organisation pertinent pour des parcours de soins optimisés et un pilotage régional de la santé 151

4.2.1 Concentration et coopération des institutions sanitaires publiques et privées 152

4.2.1.1 Les raisons des coopérations entre établissements 152

4.2.1.2 Les modes de coopération à l'échelle du territoire de santé : des relations nouvelles à réguler 153

4.2.2 De l'hôpital « quatre-murs » aux réseaux sanitaires pour un parcours de soins coordonné 155

4.2.2.1 Du réseau de soins au réseau de santé 155

4.2.2.2 Le réseau au service du décloisonnement 157

Conclusion du chapitre 4 159

Conclusion de la partie 1 161

Chapitre 5. Matériel et méthodologie de recherche : déstabilisation de l'objet hôpital et recherche-intervention 172

5.1 Du modèle à l'outil : le niveau de l'organisation comme facteur de contingence .174

5.1.1 Le modèle en tant qu'outil ou instrument 175

5.1.1.1 L'outil de gestion : une double modélisation des « savoirs » et des « relations » 175

5.1.1.2 L'instrument de gestion : du « mythe rationnel » à la dynamique de l'action collective 179

5.1.2 Une déstabilisation de l'objet hôpital fonction du niveau de l'organisation 180

5.1.2.1 Le relâchement de la contrainte temporelle : anticiper l'impact d'une décision stratégique à l'échelle de l'établissement 182

5.1.2.2 Le relâchement de la contrainte aval : anticiper et organiser la sortie du patient vers le domicile 184

5.1.2.3 Le relâchement de la contrainte spatiale : piloter la santé à l'échelle territoriale 185

5.2 Modalités d'observation de l'hôpital : recherche-intervention 187

5.2.1 Le matériau de recherche : recherche-intervention et études de cas 189

5.2.1.1 Du travail sur l'existant 191

5.2.1.2 …au projet concret de transformation de l'organisation..... 194

5.2.2 Problématiques de recherche associées au cas de l'hôpital 196

5.2.2.1 La problématique de la décision 196

5.2.2.2 La problématique de la conception 198

5.2.2.3 L'idée du changement..... 199

Conclusion du chapitre 5 201

Chapitre 6. L'hôpital comme premier terrain de recherche : proposition d'un outil de simulation économique.....204

6.1 Tentative de construction d'un outil de pilotage prospectif de l'activité d'un hôpital 207

6.1.1 Modéliser l'hôpital : quelles méthodes adopter ? *207*

6.1.1.1 Le modèle en tant que description simplifiée..... 208

6.1.1.2 Le choix des variables : la nécessaire distinction entre indicateur et cible 211

6.1.2 Utilisation du modèle à des fins de simulation *212*

6.1.2.1 L'implémentation de l'outil en lien avec la stratégie comme point de départ du processus de simulation..... 212

6.1.2.2 Evaluation des résultats et décision..... 213

6.1.2.3 Qu'est-ce qu'une « bonne décision » ?..... 216

6.2 Apports de la simulation à la conception et l'utilisation des outils de gestion à l'hôpital 218

6.2.1 Le modèle en gestion : quelles spécificités ? *218*

6.2.1.1 L'impossible construction d'un modèle « pur » en sciences de gestion... 219

6.2.1.2 Choix et positionnements des indicateurs dans une problématique de décision : la difficulté de la prise en compte de l'aléatoire 223

6.2.2 Impact sur l'action collective..... *226*

6.2.2.1 Du modèle à l'instrument : doit-on dissocier conception et usage des outils de gestion ?226

6.2.2.2 Planification budgétaire ou prospective stratégique..... 228

Conclusion du chapitre 6 230

Chapitre 7. La filière Hôpital / Domicile comme deuxième terrain de recherche : étude des modes de coordination dans le cadre du dispositif de sortie des patients atteints de cancer ... .234

7.1 Diagnostic organisationnel d'une structure de coordination des soins externes en cancérologie 238

7.1.1 Eléments de contexte et choix du terrain..... *238*

7.1.1.1 Knotworking et typologie de patients..... 238

7.1.1.2 Etude de la filière Hôpital - Domicile..... 240

7.1.2 Légitimité d'une prise en charge coordonnée *241*

7.1.2.1 Etude des relations entre acteurs 242

7.1.2.2 Un échange de savoirs nécessaire à la préparation de la prise en charge et l'organisation de la sortie 245

7.1.2.3 Le maintien de l'échange de savoirs à distance : le retour au domicile ... 246

7.1.3 La coordination des soins externes comme garante du lien entre acteurs 247

7.1.3.1 Positionnement des acteurs tout au long de la filière 247

7.1.3.2 Quelle valeur ajoutée pour la relation de soins 248

7.1.3.3 Quel positionnement stratégique pour une structure à la frontière de l'hôpital et la médecine de ville ? 249

7.2 Apport d'une structure dédiée de coordination des soins aux problématiques traitées par le contrôle de gestion 250

7.2.1 La coordination des soins comme réponse au manque de coopération entre professionnels de santé 250

7.2.1.1 La coordination comme réponse à une prise en charge individualisée.... 252

7.2.1.2 Les conditions d'une coordination efficiente 253

7.2.2 Les conditions de mise en œuvre d'une coordination des soins efficace 254

7.2.2.1 Un modèle favorable à l'émergence du case manager 254

7.2.2.2 Un modèle qui s'inscrit dans des typologies des modes de coordination 256

Conclusion du chapitre 7 258

Chapitre 8. Le territoire de santé comme troisième terrain de recherche : étude d'un projet médical partagé entre médecins libéraux et hôpital et proposition de construction de comptes locaux de la santé 263

8.1 Un projet de pôle santé du territoire 266

8.1.1 Le projet médical du pôle santé 267

8.1.1.1 Eléments de contexte : des motifs d'insatisfaction pour les médecins libéraux 268

8.1.1.2 Des axes de travail communs 269

8.1.2 La problématique du tableau de bord : un compte local de la santé..... 271

8.1.2.1 Eléments de modélisation génériques 271

8.1.2.2 Problématique concrète de recueil des données et de construction de l'outil 274

8.1.2.3 Résultats et évolutions par rapport au projet initial 276

8.2 Du système de soins au système de santé 279

8.2.1 Un modèle innovant favorable à l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) 279

8.2.1.1 Retour d'expérience : rôle de l'infirmier(ère) libéral(e) dans le cadre d'une prise en charge partagée des patients diabétiques au sein d'un cabinet libéral de médecins généralistes 279

8.2.1.2 L'éducation thérapeutique : le patient acteur de sa propre prise en charge 281

8.2.2 Apport des réseaux Ville-Hôpital à la coordination des soins entre professionnels de santé 281

8.2.2.1 Coordination et planification : l'hôpital surdimensionné et les réseaux comme potentiel de prise en charge 282

8.2.2.2 Evaluation des réseaux de santé et confrontation au cas du projet de pôle santé 283

Conclusion du chapitre 8 285

Conclusion de la partie 2 286

Chapitre 9. Dimensions et variables de conception : proposition d'une grille de diagnostic du contrôle de gestion hospitalier et problématiques associées 298

9.1 Eléments de diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital.....301

9.1.1 Tentative de typologie : du contrôle de gestion hospitalier au contrôle de gestion médicalisé..... 301

9.1.1.1 Un contrôle de gestion par pathologie ?..... 302

9.1.1.2 Le type de prise en charge comme critère de définition d'un nouveau contrôle de gestion 304

9.1.1.3 Pathologie et prise en charge : une typologie des contrôles de gestion en santé 305

9.1.2 L'hétérogénéité des problématiques hospitalières : orientations stratégiques et impact en gestion..... 307

9.1.2.1 Enquêtes auprès des médecins correspondants : un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique 308

9.1.2.2 Des médecins généralistes à l'intérieur de l'hôpital : un contrôle de gestion prospectif à visée organisationnelle 309

9.1.2.3 Des structures d'hébergement à proximité des structures médicales : un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire 310

9.2 Les conditions d'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé : des problématiques partagées.....312

9.2.1 Modalités de financement et impact sur le contrôle de gestion : le paradoxe de la T2A entre qualité des soins et rentabilité..... 312

9.2.1.1 La coordination de la prise en charge dans et hors murs : des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle 313

9.2.1.2 Le pari de la recherche : quel financement du progrès médical..... 315

9.2.2 Des SIH vers un système d'information et de communication de santé 317

9.2.2.1 Apport du contrôle de gestion au système d'information décisionnel 318

9.2.2.2 L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture..... 319

9.2.3 Positionnement des acteurs : des métiers émergents autour de la fonction de coordonnateur..... 322

9.2.3.1 Les métiers du soin : l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le rôle pivot du médecin généraliste 322

9.2.3.2 Les métiers de support : le contrôle de gestion et le passage du service informatique à une direction du système d'information 323

9.2.3.3 Les métiers administratifs de la sphère médicale : l'émergence du DIM et des Techniciens de l'Information Médicale 325

Conclusion du chapitre 9 327

Chapitre 10. Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus de construction conjointe des savoirs et des relations 330

10.1 Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus continu de conception innovante 333

10.1.1 Théories du raisonnement de conception : notion de modèle génératif..... 334

10.1.1.1 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante 334

10.1.1.2 Les connaissances et leur articulation comme ingrédients du travail de modélisation : la mise en évidence du principe de non séparabilité « savoirs-relations » 338

10.1.2 Du mythe rationnel à l'outil imparfait : l'outil à trous et le degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion 341

10.1.2.1 Réduction de la distance S/R : du concept à la connaissance 341

10.1.2.2 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante : réduction de la distance S/R et degré de modélisation..... 343

10.2 Retour aux apprentissages collectifs : C/K et S/R deux cadres d'analyse au service des problématiques terrains 345

10.2.1 Conditions du recours à la théorie C/K en tant qu'approche métier : expert, conseil et consultant 346

10.2.1.1 Le statut de connaissance de la comptabilité analytique hospitalière n'est pas garant de sa mise en œuvre : le recours au consultant en tant qu'expert 347

10.2.1.2 La relation client / consultant : la fonction symbolique du consultant en tant que conseiller 348

10.2.2 Action politique et recherche : deux espaces d'expression du principe de non séparabilité « S/R » 351

10.2.2.1 L'action politique et la formalisation de nouvelles relations..... 351

10.2.2.2 Apport du chercheur : l'apprentissage collectif garant du principe de non séparabilité S/R 353

Conclusion du chapitre 10 355

Chapitre 11. Valorisation et ouverture internationale de la recherche en gestion de la santé 358

11.1 Apports de la théorie à la pratique : fondements de la tarification à la pathologie ... .360

11.1.1 Puissance des systèmes de tarification hospitalière : paiement rétrospectif / paiement prospectif ?..... 360

11.1.1.1 Intérêt d'un système de paiement prospectif 361

11.1.1.2 Fixation du prix dans le cadre d'un paiement prospectif : principes de la concurrence par comparaison 362

11.1.2 Alternatives au coût moyen en présence d'aléa moral et d'antisélection 364

11.1.2.1 Quelles alternatives au paiement prospectif : le choix du coût de référence 364

11.1.2.2 Choix du contrat et typologie des établissements : prise en compte de la gravité des cas 366

11.1.2.3 Financement de la qualité et des missions d'intérêt général : apports de la tarification à la pathologie 366

11.2 Performance des systèmes de santé et mécanismes de gouvernance.....368

11.2.1 Coordination des soins et productivité 369

11.2.1.1 Productivité et mécanismes d'incitation..... 369

11.2.1.2 Modèles de coordination et impact sur la qualité des soins et les dépenses de santé 371

11.2.2 La gestion des maladies chroniques..... 372

11.2.2.1 Efficacité des modèles intégrés de gestion des maladies chroniques 372

11.2.2.2 Développement d'outils dédiés : exemple d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale 374

Conclusion du chapitre 11 377

Conclusion générale.....380

Méthode : recherche-intervention et déstabilisation de l'objet hôpital.....381

Synthèse des résultats : de la comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion « médicalisé » 383

Apport théorique de la méthode de recherche.....384

Ouverture et perspectives de recherche : entre théorie et pratique.....386

Annexes 390

Annexe 1 : Offre de soins hospitalière : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public 391

Annexe 2 : La Consommation de Soins et de Bien Médicaux (CSBM) en 2010 393

Annexe 3 : Méthodes de financement des hôpitaux à l'étranger.....394

Annexe 4 : Le Tableau Analytique Commun (TAC) 395

Bibliographie 398

Table des figures.....408

Liste des sigles utilisés.....412

Plan général.....418

Hôpital, Territoire, Santé : l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé ?

RESUME : De nombreux travaux ont traité de l'émergence de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital notamment depuis la mise en œuvre de la Tarification à l'Activité (T2A). Pour autant, le contrôle de gestion semble souffrir d'un certain nombre d'écueils parmi lesquels une prolifération d'outils essentiellement budgétaires sans lien avec les logiques d'acteurs et sans impact sur les comportements organisationnels. Cette vision du contrôle de gestion nous semble d'autant plus réductrice dans le contexte actuel qu'est celui de la création de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui s'inscrit pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de santé avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elle traduit la volonté affirmée d'avoir une approche globale de l'offre de soins, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital.

La littérature en management fait état d'un contrôle de gestion qui passe progressivement de l'allocation des ressources au pilotage de la performance dans une perspective stratégique. Cette thèse analyse les insuffisances des outils traditionnels issus de la comptabilité analytique hospitalière dans le contexte d'une déstabilisation de l'objet « hôpital ». Elle repose sur l'hypothèse selon laquelle l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé s'apparente à une démarche de co-conception qui lie la construction de l'instrumentation avec celle du niveau de l'organisation.

En positionnant notre réflexion autour des *savoirs* nécessaires à la construction d'outils de gestion d'une part, et la formation des structures et des *relations* de dépendance ou de complémentarité qui se créent entre les acteurs d'autre part, nous privilégions une approche qui vise l'action collective condition nécessaire pour rapprocher deux disciplines a priori antagonistes que sont médecine et gestion. Cette question est d'autant plus pertinente que nous abordons différents niveaux de l'organisation, de l'hôpital au sens strict à l'« hôpital étendu ».

Mots clés : Gestion hospitalière, territoire de santé, contrôle de gestion médicalisé, coordination des soins, innovation organisationnelle, savoirs et relations

Hospital, Territory and Health: Emergence of a Healthcare Management Control ?

ABSTRACT : A lot of research has dealt with the emergence of an hospital management control function especially since the elaboration of the activity-based payment model. However, management control seems to suffer from a certain number of issues such as the proliferation of budgetary tools without link with actors' logics and without impact on the organizational behavior. This view of management control seems to us reductive since the creation of Health Care Delivery Head Office and the new governance of health system linked with the creation of Regional Agencies of Health. It shows the need for-having a global approach of health care delivery joining as well ambulatory care and hospital.

Studies in management outline a management control which gradually passes from resource allocation to performance management linked with strategy. This PhD thesis analyzes the deficiencies of traditional tools stemming from hospital cost accounting in the context of a destabilization of the object "hospital". It is based on the assumption that the emergence of a medical management control is similar to a co-design approach which links the construction of the instrumentation with that of the level of the organization.

By positioning our thinking around knowledge for the construction of management tools on one hand, and the training of the structures and dependence relations between actors on the other hand, we focus on an approach aiming at collective action and moving closer two conflicting disciplines that are medicine and management. This question is all the more relevant as we approach various levels of the organization, the hospital in the strict sense at a "vast hospital".

Keywords : Hospital management, health territory, medical management control function, coordination of care, organizational innovation, knowledge and relations

MINES ParisTech

ParisTech
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES
PARIS INSTITUTE OF TECHNOLOGY