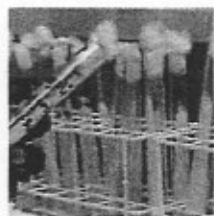


**Guide** en organisation hospitalière  
dans les pays en développement



# Mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord

La **documentation** Française



# SOMMAIRE

<b>PRÉFACE</b> .....	5
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>INTRODUCTION</b> .....	11
PREMIÈRE PARTIE	
<b>ENJEUX ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES</b> .....	13
CHAPITRE 1	
<b>Les enjeux</b> .....	15
Triptyque : savoir, vouloir, pouvoir .....	17
Les éléments parasites .....	20
CHAPITRE 2	
<b>Les aspects méthodologiques</b> .....	25
Les aspects conceptuels .....	25
Les spécificités hospitalières .....	29
SECONDE PARTIE	
<b>DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE</b> .....	35
Quels acteurs? .....	37
Le contrôle de vraisemblance .....	37
Mise en œuvre des tableaux de bord .....	40
CHAPITRE 1	
<b>Production de soins et moyens généraux affectés à cette production</b> .....	43
Un tableau de synthèse .....	43
Moyens de fonctionnement : tableau de bord général .....	62



CHAPITRE 2

**Production de soins**

**et moyens au niveau d'un service** . . . . . 79

Les indicateurs du service . . . . . 80

La qualité des prestations au niveau d'un service . . . . . 88

La charge de soins . . . . . 90

La gestion des ressources humaines . . . . . 93

Le contrôle des consommables . . . . . 104

CHAPITRE 3

**Le fonctionnement de l'institution** . . . . . 107

Comment évaluer la contribution de l'établissement à la santé ? . . . . . 108

Quelle sécurité des soins et quelles prestations ? . . . . . 110

La marche des structures . . . . . 113

La logistique . . . . . 117

**ANNEXES** . . . . . 125

**TABLE DES MATIÈRES** . . . . . 137

# Les enjeux

Ce guide consacré aux tableaux de bord hospitaliers, outils de gestion, présente l'appui que les différents décideurs peuvent trouver dans le recueil et la formalisation d'informations. Le concept de tableau mérite d'être défini : un tableau de bord est un document écrit, sélectif, descriptif, synthétique et rétrospectif.

Un tableau de bord est écrit. Le support écrit est une condition indispensable : même si une personne a une grande capacité de mémorisation de chiffres, il est nécessaire de disposer d'un support écrit qui puisse être transmis à différents interlocuteurs.

Sélectif, un tableau de bord doit se limiter à des informations pertinentes à une problématique ; toutes les informations peuvent être intéressantes, mais dans un cas donné seules certaines informations sont adéquates par rapport à un enjeu.

Un tableau de bord montre, il ne prétend pas résoudre une difficulté. À ce titre, il est descriptif.

Synthétique, un tableau de bord à sa simple lecture incite à focaliser l'attention sur les points les plus saillants. Il doit permettre d'éviter de procéder à la sélection de quelques éléments déterminants.

Rétrospectif, un tableau de bord est semblable à un magnétoscope qui présenterait le film des plus récents événements ; à ce titre, un tableau de bord est historique en ce qu'il retrace des faits déjà réalisés ; toutefois l'expérience des professionnels permet souvent à la lecture du passé immédiat d'anticiper le futur proche ; il faut insister sur le fait que le tableau de bord n'informe en rien sur le futur proche, seul le professionnalisme permet de transformer des informations en prévisions.

En pratique, il s'agit de tableaux ou de graphiques énonçant des éléments jugés importants, d'activité ou de gestion, permettant de suivre cette activité ou cette gestion afin de l'analyser et de l'améliorer.



## ► **Légitimité des tableaux de bord hospitaliers**

L'expression « tableaux de bord hospitaliers » provoque souvent un rejet auditif. Si le pilote d'un avion ou celui d'une voiture de course est fondé à exiger un tableau de bord sophistiqué et lisible, le concept même de tableaux de bord hospitaliers est relativement suspect. La nature même de l'activité hospitalière pourrait justifier de dépenser sans compter : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». Et à trop oublier son coût, c'est autant de mépris vis-à-vis de ceux qui n'auront pas la possibilité d'accéder au système de santé. La légitimité dépasse d'ailleurs la dimension économique. Les tableaux de bord, même sous une forme numérique, peuvent informer sur la qualité des prestations :

- le taux de ré-intervention d'un type d'opération ;
- les disparités entre deux hôpitaux ayant le même type de patients ;
- l'intérêt thérapeutique d'une nouvelle prise en charge ;
- le suivi de la durée moyenne de séjour permet parfois d'identifier un fractionnement abusif des séjours ou met en évidence l'absence de lits adaptés à l'état des patients.

Trop souvent tableaux de bord et contrôles « tatillons » sont confondus. Pourtant les intérêts des patients et des citoyens convergent vers une plus grande rigueur et réactivité.

## ► **Un outil qui peut servir une politique de gestion**

D'emblée, éliminons ce que l'on ne traitera pas. Il ne s'agit pas d'évoquer des indicateurs de santé publique. L'hôpital est un maillon de la santé publique, mais quelle que soit la diversité de son activité, il ne peut prétendre tout couvrir.

En revanche, le fait de disposer d'indicateurs est un élément clé du dialogue entre les différentes professions qui composent l'hôpital. La culture et les préoccupations des médecins anesthésistes, des biologistes, des chirurgiens sont quasiment toujours différentes, parfois divergentes. Le fait d'avoir recours à un instrument commun facilite les rapprochements et le dialogue. Si les tableaux de bord ne peuvent tenir lieu de politique de gestion, ils contribuent à rendre plus transparents les facteurs de choix.

Les décisions prises au sein des hôpitaux, sont souvent discutées dans leurs processus, car les personnes concernées ne sont pas suffisamment impliquées. En disposant d'un outil connu par tous, la transparence

des décisions devient plus naturelle en interne. De même, la négociation avec les partenaires extérieurs est facilitée car les éléments fournis apparaissent fondés et sérieux et non circonstanciels. Les tableaux de bord sont des éléments du dialogue et le nourrissent en donnant à chacun des informations équivalentes, ce qui évite les conflits liés à l'asymétrie de l'information.

Une objection importante est avancée quant à l'usage des tableaux de bord dans un contexte de pénurie.

### ► **Tableau de bord et pénurie**

Il est particulièrement frustrant de mesurer la pénurie. Mais à niveau égal de moyens, certains obtiennent des résultats supérieurs à d'autres. Une vraie difficulté réside dans le fait de mobiliser chacun lorsque la pénurie est prégnante. Même dans les hypothèses de pénurie les plus pessimistes, elle ne s'applique pas toujours de façon homogène et il existe des poches d'adéquation relative entre les moyens et les besoins à côté de manques criants.

Permettre de niveler la pénurie est un objectif réaliste, surtout si cela ne requiert pas un système d'information trop sophistiqué. Il est plus toléré de gaspiller dans un environnement riche que dans un contexte de pauvreté, où ce comportement peut aboutir à priver quelqu'un d'une chance de survie. Ce motif justifie en tant que tel une certaine rigueur et transparence dans l'information.

## **Triptyque : savoir, vouloir, pouvoir**

### ► **Savoir : ses effets sur l'activité**

Le concept même de gestion répond au triptyque : savoir, vouloir, pouvoir. Comme dans toute organisation complexe, il serait illusoire de cloisonner savoir, vouloir et/ou pouvoir. Il est fréquent de rattacher le système d'information au pouvoir dans l'hôpital et d'affirmer que si le système d'information ne permet pas d'obtenir telle ou telle information, il serait aberrant de prétendre gérer tel ou tel secteur. Cette attitude de renoncement est à proscrire car le savoir, le vouloir et le pouvoir ne sont pas aussi étanches qu'il n'y paraît. Le simple fait de commencer à s'intéresser à une information a des effets importants sur l'activité décrite par cette information.



Un exemple : vous apprenez par la rumeur, que l'activité de consultation du D<sup>r</sup> X, pour lequel des moyens humains ont été déployés et des locaux aménagés, a fortement régressé depuis six mois. Vous demandez qu'on mette en observation cette consultation en vous communiquant régulièrement le nombre de consultants qui seront constatés dans le semestre. Votre demande – l'hôpital étant un lieu de nombreuses communications – sera, de fait, connue de tous. Soit l'information qui vous avait été transmise était erronée et le praticien vous fera savoir rapidement que les moyens mis en œuvre sont au niveau adéquat pour développer l'activité, voire légèrement insuffisants ; soit le praticien sachant que son activité est devenue insuffisante va tout faire pour la développer en allant à la rencontre de ses confrères pour rappeler l'intérêt et la qualité des prestations qu'il propose ; soit, enfin, le praticien viendra voir celui qui a demandé un suivi de l'activité pour tenter de lui expliquer les raisons de la baisse d'activité et lui proposer de créer à partir des moyens nouvellement disponibles une nouvelle activité.

Le simple fait de savoir n'est jamais innocent ; il faut vouloir savoir et cette volonté exprime une forme de pouvoir. Cette interrelation montre bien que le tableau de bord n'est pas un instrument neutre, mais constitue un des éléments fondateurs d'une gestion.

Il a été évoqué le pilote d'avion qui est fondé à disposer d'un ou de plusieurs tableaux de bord. Le dirigeant hospitalier est légitime pour avoir un ou des tableaux pour les raisons suivantes :

- comme le pilote d'avion, il a charge d'âmes ; une erreur dans un protocole de désinfection peut entraîner le décès de plusieurs patients ; on ne peut donc comparer la gestion hospitalière et la fabrication de biens courants pour lesquels le contrôle en bout de fabrication n'a qu'une incidence économique ;
- le dirigeant hospitalier a aussi pour fonction première l'optimisation des moyens mis en œuvre ; à ce titre, il est le garant de l'efficience plus que de l'efficacité.

## ► Vouloir connaître pour rendre compte à la communauté

Les moyens financiers consacrés aux hôpitaux sont pour une partie importante des fonds publics ou des fonds socialisés par un système de mutuelles ou d'assurances. À ce titre, le gestionnaire hospitalier doit pouvoir justifier à tout moment que ces fonds sont employés en optimisant au mieux l'intérêt de l'ensemble des citoyens. Or, aucun moyen, aucune dépense, aucun investissement n'est justifié s'il n'y a

pas en écho une activité. Aucun moyen ne se justifie par lui-même. Toute structure a tendance à s'organiser pour assurer sa propre pérennité. L'activité qui est la raison d'être d'une structure est parfois reléguée au second plan par rapport à la préoccupation du maintien même de l'institution. L'exemple du maintien de structures, comme le sanatorium, dans les pays les plus riches illustre cette volonté institutionnelle de continuer à exister alors que l'activité s'est fortement réduite ou a changé de nature. C'est pourtant la fonction même des responsables hospitaliers que de contribuer à la prise de conscience de la nécessité du changement.

Les rôles des responsables hospitaliers sont différents selon leur positionnement dans l'institution hospitalière. Le médecin a un contact direct avec le patient ; à ce titre, il est en première ligne quand le patient émet une critique à l'égard de l'hôpital. Le gestionnaire administratif ne dispose pas directement de la possibilité d'expliquer les raisons qui ont conduit à modifier une organisation, à la différence des soignants.

Dans l'institution hospitalière, chacun à son niveau est responsable lorsqu'il a été informé et le support des tableaux de bord est essentiel de ce point de vue. Cette responsabilité partagée requiert des instruments de travail communs permettant de rendre compte au financeur unique, lorsqu'il s'agit d'un système d'assurance maladie universelle, ou plus simplement être à même de prouver à tous ceux qui effectuent des paiements à l'hôpital que leur argent a été utilisé au mieux.

La diversité des fonctions et des responsabilités à l'hôpital rend inopérante toute vision hiérarchique des responsabilités. Si le directeur de l'hôpital est bien le représentant légal de l'institution, la diversité des activités rend pourtant toute description pyramidale inappropriée. Le partage de l'information et des responsabilités sont essentiels pour pouvoir rendre compte du fonctionnement de l'établissement. Cette dynamique de la responsabilité partagée peut s'appuyer sur des tableaux de bord communs.

Ce type de management remet cependant en cause une certaine vision du pouvoir.

## ► Pouvoir

Il importe de souligner qu'un tableau de bord apporte une réelle contribution à la gestion, si le « manager » dispose d'un réel pouvoir pour faire changer la situation lorsqu'un tableau de bord révèle un dysfonc-



tionnement. Connaître sans pouvoir intervenir recèle des effets contre-productifs importants. La légitimité de la connaissance est intimement liée à la capacité d'action. Il est donc essentiel que celui qui souhaite connaître une information puisse influencer sur l'organisation ou l'activité décrite par cette information ; sinon, le travail de connaissance relève plus de l'activité journalistique ou critique.

La crédibilité du responsable hospitalier dépend largement de cette capacité à influencer et modifier effectivement la réalité ; les outils de communication en entreprise ont souvent été critiqués pour cette raison. Une présentation aussi flatteuse soit-elle, a peu d'impact si l'auteur du document ne peut influencer réellement sur les organisations et les décisions. Il ne suffit pas d'avoir décrit une situation pour la changer radicalement ; en revanche, avoir mis en exergue certains faits, permet une prise de conscience et un changement peut alors s'opérer. Dans cette hypothèse favorable, il convient que le responsable puisse indiquer la voie à suivre et ne se contente pas d'avoir un simple rôle d'huissier qui constate. Ceci requiert donc un engagement fort. En conséquence, une réflexion sur l'étendue de son pouvoir et ses limites, est indispensable.

Le pouvoir doit s'apprécier dans le cadre de l'exercice des responsabilités qu'il confère. La responsabilité requiert la connaissance, la volonté et la possibilité d'influer sur la réalité, et en l'occurrence sur le fonctionnement de l'hôpital. Cette responsabilité s'exerce envers les patients, les personnels médicaux, les personnels soignants et tout l'environnement. Cette responsabilité envers la communauté nécessite une connaissance des processus au sein de l'hôpital ; cette connaissance est d'autant mieux étayée et objective qu'elle repose sur des tableaux de bord. Il existe donc un lien entre l'exercice des responsabilités et l'élaboration de tableaux de bord qui permettra de mettre en évidence que les décisions sont réfléchies et fondées sur la recherche de l'intérêt général et non la valorisation d'intérêts particuliers. Le pouvoir devient légitime par la compétence et non plus par l'autorité hiérarchique.

## Les éléments parasites

Trois écueils importants sont à prendre en considération : la sélection adverse, le risque moral et l'instabilité de la réglementation.



## ► La sélection adverse

L'hôpital dans tous les pays est une organisation infiniment plus complexe que la plupart des entreprises produisant des biens ou services. Sans doute la mission de l'hôpital, à la frontière de la vie et de la mort, explique une part de cette complexité ; toutefois une approche purement hiérarchique du processus décisionnel est tout à fait inadaptée à la réalité de la vie hospitalière. Mais une décision pertinente requiert une information fiable et une transmission intégrale au responsable hospitalier. Or, la pratique aboutit le plus souvent à un déséquilibre dans le niveau d'information. Cette absence de circulation de l'information trouble considérablement la prise de décision ; le praticien sollicite le gestionnaire hospitalier pour prendre en charge plus efficacement une pathologie sous réserve de l'attribution de moyens, en oubliant que des moyens ont déjà été économisés grâce à une nouvelle technologie pour une pathologie faisant partie des activités habituelles. Cette absence de symétrie d'informations perturbe assez profondément le mécanisme de prise de décisions, et la mise en place de tableaux de bord est une approche possible de réduction de la sélection adverse.

Le contexte hospitalier explique l'importance de la sélection adverse : la multiplicité des logiques professionnelles rend toute approche commune difficile ; bien que soignants l'un et l'autre, le manipulateur radio et l'infirmier de bloc diffèrent largement dans leur approche professionnelle. L'objectivation des situations est donc rendue plus nécessaire encore.

## ► Le risque moral

Donner des marges d'autonomie à un service de soins crée un important risque de sélection des patients considérés par le service comme gratifiant, selon des critères variables d'une unité à l'autre. Selon l'autonomie donnée, cela peut aboutir à maximiser l'activité sans intérêt direct pour le patient, à réduire les soins objectivement nécessaires pour chacun ou à fractionner les séjours de patients. En effet, l'autonomie donnée, si elle implique l'autonomie financière, aura des effets sur l'activité. Si l'unité bénéficie d'un forfait, la tentation sera grande de réduire l'activité au-delà du raisonnable ; à l'inverse, en cas de financement par nombre d'entrées ou d'actes, leur multiplication constitue un risque réel.

Pourtant, l'autonomie reste une nécessité dans la recherche de l'efficacité. Même si les dispositions prises pour une unité de soins peuvent être pertinentes dans un cas et inopérantes dans d'autres. Doit-on pour autant renoncer à donner des marges d'autonomie ? Outre qu'il est illusoire d'imaginer tout contrôle dans un hôpital qui reste par définition un lieu ouvert, la réalité de la sélection mettra beaucoup de temps à apparaître à travers les différents modes de contrôle imaginables. Un tableau de bord peut permettre très certainement de juguler ce risque.

Ce qui importe le plus est que chaque partenaire interne de l'hôpital – gestionnaire, médecin, infirmier et tout autre agent – ait un intérêt à agir qui converge vis-à-vis de l'objectif défini par l'institution. L'autonomie va de pair avec la responsabilité et celle-ci ne peut s'exercer que si des données objectives permettent une connaissance précise de la situation.

## ► L'instabilité de la réglementation

L'hôpital reste dépendant des structures étatiques même dans les pays où une certaine autonomie lui a été concédée. Pour des raisons autant économiques que politiques, les autorités sont amenées à modifier fréquemment la réglementation. Les responsables des établissements hospitaliers peuvent se réfugier derrière ces modifications pour occulter leur inaction.

Le recensement de l'information passe par une certaine harmonie entre ce qui est requis par la réglementation et ce qui est significatif sur le plan économique. Certains aspects de la réglementation sont totalement extérieurs à la logique hospitalière et correspondent par exemple aux contraintes générales de la fonction publique. Le changement de réglementation intervient parfois brutalement ; or la construction de tableaux de bord nécessite de recueillir des informations de façon régulière et stable. Il est souvent logique de bénéficier des informations correspondant à des obligations réglementaires. Si la réglementation évolue fréquemment, l'alimentation des tableaux de bord en données peut être perturbée. En conséquence, la pérennité des tableaux de bord de gestion nécessite que les informations recueillies soient simples et peu sensibles aux modifications réglementaires. Un tableau de bord doit se distinguer d'une démarche d'audit de conformité à la réglementation. Celui qui élabore un tableau de bord a intérêt à ce que les informations qu'il devra recueillir soient peu dépendantes de la réglementation tout en restant signifi-

catives. La réglementation peut aussi être imprécise et soumise à interprétation.

Un tableau de bord garde son efficacité à condition que les éléments qui le composent ne soient pas soumis à des interprétations divergentes : idéalement chaque terme d'un tableau de bord serait défini à l'image de la légende d'une carte géographique. Une certaine rigueur s'avère nécessaire pour garantir la pérennité et la pertinence des informations.

## ► L'intérêt à agir

Quelle mission est réellement dévolue à l'institution hospitalière ? En fonction de la réponse apportée à cette question, il est possible de cerner les enjeux de la mise en œuvre des tableaux de bord hospitaliers. Ce positionnement stratégique conditionne la technique même des tableaux de bord. Toutefois, ce type de question ne doit pas inhiber l'action car aucune stratégie n'est inscrite dans le marbre et le management consiste à gérer en permanence des écarts. En somme, il y a des écarts supportables et des écarts de nature à remettre en cause la bonne marche d'un établissement hospitalier.

Un tableau de bord n'a de sens que si une politique de positionnement stratégique a été élaborée au préalable. Pourtant, certains établissements n'ont pas de positionnement stratégique pour de multiples raisons. Convient-il de renoncer à s'intéresser aux aspects méthodologiques des tableaux de bord ? Certainement pas, car la connaissance de l'activité d'un hôpital aide à définir sa mission. Derrière un instrument technique de gestion, le tableau de bord est un outil essentiel à la mission d'un hôpital.

Deux niveaux de préoccupations peuvent être distingués : cerner la place de l'hôpital dans le système de santé correspond à la nécessité du positionnement stratégique ; réaliser les activités sanitaires dans les meilleures conditions d'efficacité et de coût correspond à la responsabilité de base de l'hôpital. À ces deux niveaux de préoccupations correspondent des tableaux de bord différents.

# Les aspects méthodologiques

Parmi les aspects méthodologiques, deux approches semblent possibles. D'une part, il convient de distinguer des aspects conceptuels qui président à la construction de tableaux de bord ; d'autre part, des éléments spécifiques à la nature de l'activité hospitalière conditionnent l'élaboration et la signification des informations traitées.

## Les aspects conceptuels

### ► Aide à la décision ou contrôle

La construction d'un tableau de bord des investissements est typiquement ambivalente. S'agit-il de suivre les dépenses réalisées par rapport à un programme décidé antérieurement ? De projeter les possibilités d'investissements dans les années à venir en fonction des variables financières, de l'obsolescence technologique, etc. ? Les tableaux de bord ont pour mission, dans certains cas, d'offrir une vision rétrospective, mais prospective dans d'autres. Il n'y a pas de supériorité de la vision prospective par rapport à la rétrospective, car une prospective n'a pas de sens si son exécution ne fait l'objet d'aucun contrôle.

L'intérêt à agir exige que la prospective soit mise en regard avec la réalisation. Il existera évidemment des décalages. Un programme d'investissement n'est jamais exécuté exactement de la façon originellement prévue ; de même, le délai d'exécution connaît toujours des aléas. D'emblée, il convient que le responsable hospitalier sache le degré et le délai de dérive qu'il supporte, et les dérives qu'il refuse et qui donneront lieu à correctifs. Une requalification des personnels pour prendre en charge une nouvelle activité répond à ce double prisme : projection/contrôle. Or, une projection, et un tableau prévisionnel ne

remplissent pleinement leur office que si dès le départ, le contrôle a été prévu et que les modalités de réalisation ont été anticipées. De même, procéder à un contrôle sans que ses modalités de réalisation n'aient été fixées avant même le lancement de l'opération, rend la portée du contrôle assez limitée. Ce type de démarche permet alors de faire des comparaisons interétablissements ou interservices en terme de performances, mais ne permet pas de savoir si la décision originelle était pertinente ou non. On doit distinguer un tableau de bord qui aide à évaluer l'efficacité, d'un tableau de bord qui décrit la performance ou l'activité.

### ► Simultanément à l'action ou *a posteriori*

Élaborer un tableau de bord après l'action ou dès la réalisation de l'action change la nature du tableau de bord et l'action elle-même. Recenser une activité en temps réel dans le cadre d'un tableau de bord déjà construit, permet une mise en œuvre immédiate des actions correctrices lorsqu'un dérapage est constaté. À l'inverse, recenser *a posteriori* une activité selon des modalités qui n'avaient pas été fixées à l'avance est une démarche d'audit ; cette démarche explique la situation dans laquelle on se trouve à un moment donné mais génère peu de réactivité.

Reprenons l'exemple de la consultation du Dr X dont le nombre de consultants serait en baisse. Si au quotidien, le service qui gère cette consultation reporte le nombre de consultations et peut, en lecture directe ou quasi directe, se rendre compte de la chute de l'activité, la réactivité sera différente et supérieure à l'hypothèse d'un système où la cellule de gestion recenserait selon une périodicité déterminée l'activité. La sensibilité de l'outil est aussi différente selon l'organe qui procède au recensement : le service lui-même ou une structure administrative. La réactivité mais aussi la finesse de l'outil sont en cause.

### ► Descendant ou ascendant

La nature même d'un tableau de bord est fonction de celui qui a émis le souhait du tableau et plus encore de celui qui le met en œuvre. Lorsque la direction informe un service qu'elle va élaborer un tableau de bord ayant telle ou telle finalité, selon telle périodicité, le service, selon le principe de la sélection adverse, ne sera pas incité à proposer une approche plus pertinente même si elle existe.

Chaque corps constitué de l'hôpital tente d'optimiser sa situation et il n'est pas indifférent de fixer qui décide de la construction d'un tableau de bord et qui décide de sa forme. Est-on dans une logique descendante ou ascendante ? Y a-t-il négociation entre la direction et le service ? Impose-t-on au service une forme de tableau de bord ? Dans un grand hôpital aux multiples activités, il est tentant pour la direction de vouloir récapituler l'information autour de quelques grandes familles de services. Les services de médecine, les services de chirurgie, l'imagerie, les laboratoires, par exemple... Mais qu'y a-t-il de commun entre un laboratoire de biochimie qui peut être totalement ou en partie automatisé et un laboratoire de microbiologie où les relations avec les cliniciens sont essentielles et l'automatisation réduite ? Plus l'administration décide du tableau de bord, plus le risque est grand que la réalité s'écarte de la description fournie par le tableau.

### ► Bureaucratique ou participatif

Laisse-t-on quelques experts au sein de la direction, et le chef de service, élaborer le tableau de bord ou implique-t-on d'autres agents ? Plus le nombre de personnes est élevé pour concevoir un tableau de bord, plus le temps pour le construire sera long, mais meilleure sera sans doute sa fiabilité. Un tableau conçu par quelques-uns risque de demeurer efficace pour ceux-ci, sans impact réel sur le plus grand nombre. Le management participatif peut s'appliquer aux tableaux de bord : on l'a vu précédemment, il y a un lien étroit entre le management et les tableaux de bord. Si les objectifs essentiels de l'établissement induisent une forte participation des agents, il est capital d'associer les praticiens, les soignants à la construction des tableaux de bord ; c'est sans doute le meilleur moyen pour qu'ils s'approprient au-delà de l'instrument les informations essentielles, ainsi que les mesures correctrices susceptibles d'être prises en fonction des objectifs fixés. En revanche, lorsqu'il s'agit de contrôler des aspects de sécurité ou d'honnêteté de collaborateurs chargés du recouvrement des recettes ou des achats, le tableau de bord doit être élaboré par quelques-uns, et mis en œuvre sans que les personnes contrôlées n'aient nécessairement connaissance de son existence. C'est la finalité du tableau de bord qui justifie le recours à une démarche plus ou moins participative.

### ► Exhaustif ou partiel

Statistiquement, la gestion hospitalière dans de nombreux domaines respecte les grandes lois de distribution, en particulier celle de Pareto

-20 % des problèmes concentrent 80 % des enjeux. Faut-il élaborer un tableau de bord pour 100 % des problèmes ? La difficulté majeure est de cerner ces problèmes essentiels. En conséquence, il faut certains tableaux de bord très généraux, sur les grandes masses d'activité, les grands postes de dépenses, l'état du patrimoine de l'établissement pour avoir quelques repères. Ces tableaux de bord généraux doivent prétendre à l'exhaustivité mais ont surtout un intérêt comparatif. Leur caractère global permet rarement de déceler des informations significatives, mais autorise des comparaisons entre établissements de taille sensiblement semblable ou ayant des missions similaires.

À partir de cette comparaison, il est possible d'être alors mis en alerte sur les éléments les plus « originaux » par rapport au panel de référence. Ces éléments originaux sont parfois connus et normaux. D'autres vont permettre de déceler des anomalies de gestion. Au-delà d'une dizaine de tableaux de bord, toute démarche consistant à vouloir atteindre l'exhaustivité est une fuite vers l'inaction. En effet, prétendre tout connaître, est le meilleur moyen pour que le temps consacré à la connaissance soit prélevé au détriment du temps consacré à l'efficacité collective. La perception de la chose économique donne lieu à de multiples débats ; il faut à un moment renoncer à couvrir tout le champ économique de l'hôpital et se polariser sur quelques éléments saillants. La fiabilité pour un responsable hospitalier consiste sans doute à accepter une connaissance partielle de la réalité, mais la plus significative possible. Enfin il ne faut pas négliger le coût de la réalisation et du suivi d'un tableau de bord. Il existe une juste proportion entre moyens nécessaires pour le contrôle et l'importance des moyens contrôlés.

## ► Stable ou évolutif

La préférence de l'exhaustivité limitée réside dans le caractère temporaire et évolutif d'un tableau de bord. De même qu'un système fiscal ou un système d'intéressement des personnels doit être en permanence remodelé, la batterie de tableaux de bord doit être modifiée, améliorée en permanence. Au-delà de cette pétition de principe, il est souhaitable que la remise en cause de chaque tableau fasse l'objet d'une échéance sans se priver de la possibilité de procéder à une modification en dehors même des dates d'échéances, en fonction des éléments de gestion (afflux de patients dans le cadre d'une épidémie ou d'une catastrophe naturelle...).

Ce caractère évolutif du tableau de bord reflète la variabilité de l'activité sanitaire. Certes, les phénomènes de mode n'existent pas en



matière de santé mais des changements de mode de prise en charge interviennent presque subrepticement. Le manque de réactivité peut favoriser ou gêner anormalement un service qui fait l'effort d'innover.

Un tableau de bord a pour ambition de délivrer une information synthétique, non de se substituer au décideur.

## Les spécificités hospitalières

### ► Le lien entre le système d'information et le tableau de bord

Le monde hospitalier est caractérisé, du point de vue de la gestion, par un paradoxe : d'une part des professionnels d'un haut niveau technique et culturel, et d'autre part, une très faible implication des professionnels dans la gestion. Les conséquences de ce paradoxe sont lourdes pour le fonctionnement des hôpitaux.

Le haut niveau culturel des professionnels les conduit naturellement à réclamer des tableaux de bord de gestion particulièrement sophistiqués et bien évidemment issus des moyens modernes d'information.

Pourtant, la plupart des enjeux de la gestion hospitalière ne requièrent pas un tel niveau de sophistication. Le souci de gestion des responsables hospitaliers est difficilement compatible avec l'obligation de moyens des professionnels de santé. L'exercice dans le secteur public rend la difficulté encore plus âpre car les incitations à l'économie sont faibles par l'absence de véritable système d'intéressement. La vision budgétaire et gestionnaire de l'activité hospitalière est souvent étrangère à la formation et la culture médicale. De surcroît, les soignants espèrent toujours que l'amélioration du système d'information contribuera à améliorer les soins ; l'efficacité de la gestion est rarement perçue comme un enjeu.

Le lien entre les moyens mis en œuvre rapportés aux activités développées est souvent beaucoup trop ténu.

Pourtant des ratios très simples peuvent être mis en œuvre avec du papier, un crayon et une gomme. Un système d'information informatisé peut, bien sûr, faciliter la mise en œuvre de tableaux de bord, mais il n'est pas strictement indispensable de disposer de système formalisé. Couramment, le système d'information est performant après avoir vécu manuellement pendant un certain temps. Il y a une forme



de fuite en avant à présenter le système d'information comme un préalable car c'est une technique qui permet de reporter des remises en cause. L'enjeu réside souvent dans la conception d'un système d'information. Les mots information et informatique sont trop souvent confondus. L'informatique constitue un outil de mise en forme de l'information. Le système d'information consiste à structurer la circulation de l'information, quel que soit le support. Un système d'information peut être ouvert et accessible au plus grand nombre ou à l'inverse être structuré de façon à ce que seules les personnes prévues au départ puissent avoir accès à l'information. Ce choix est stratégique, de même que les procédures de validation des informations ; ont-elles lieu avant diffusion ? qui est habilité à valider ? La construction du système d'information reflète le type de partage des responsabilités au sein de l'hôpital.

Il importe donc que le système d'information contribue à l'élaboration des tableaux de bord, mais ne soit pas organisé comme une barrière préalable.

La forme des tableaux de bord est aussi substantielle que les informations qu'ils véhiculent. Une information est d'autant plus pertinente que son support est adapté. Noyer un chiffre significatif dans une avalanche de tableaux aboutit à rendre inopérante la transmission de l'information. Le support de l'information mérite d'être pris en considération avec autant de soin que l'information elle-même.

## ► La faiblesse de la communication graphique

Tout gestionnaire d'entreprise sait que les tableaux de bord qui ont le plus d'impact sont les plus lisibles : exclusivement graphiques et pouvant être en lecture directe sans nécessiter d'interprétation particulière. Mais tout professionnel, y compris hospitalier, est tenté d'avoir recours à un langage complexe et accessible seulement à quelques initiés pour éviter la banalisation de sa compétence.

En outre, l'accès possible du public dans les locaux de soins de l'hôpital rend difficile certains affichages sous forme graphique : le taux d'infections nosocomiales par exemple. Un tel affichage aurait pourtant des vertus pédagogiques pour l'ensemble des personnels intervenant dans un service. La complexité de l'activité sanitaire et son côté éthiquement sensible rend difficile la représentation graphique d'une réalité qu'elle schématiserait. Sur le plan managérial, il est nécessaire de schématiser, de simplifier, parfois de caricaturer. Mais lorsqu'il s'agit de soins aux patients, la simplification est très souvent critiquée ;

domaine d'activité : B pour la biologie, KC pour la chirurgie par exemple. Le coefficient indique la lourdeur de l'acte. Le coefficient multiplié par la valeur unitaire de la lettre clé aboutit à un prix facturé soit au patient, soit au système d'assurance maladie et conditionne la plupart du temps la rémunération du praticien ou de l'établissement qui exécute l'acte.

Les lettres clés ont un avantage évident : simplifier une réalité complexe en fixant forfaitairement une rémunération pour une large diversité d'actes. Toutefois, la hiérarchie des lettres clés pose problème. Un B 30 ou un Z 30 ne coûte pas nécessairement deux fois moins cher à produire qu'un B 60 ou un Z 60. La pertinence économique, les difficultés de mise en œuvre ne sont pas linéaires au sein même des lettres clés. L'absence de révision systématique chaque année des lettres clés aggrave la situation. En conséquence, un suivi de l'activité d'un service d'imagerie par des lettres clés risque de constituer une information tronquée. Il vaut sans doute mieux repérer les 20 % d'actes qui pèsent 80 % au sein de l'activité pour mettre en place un suivi d'activité par nature. Car un suivi d'activité par lettres clés n'intéresse que le financier si l'établissement perçoit ses recettes en fonction du nombre de lettres clés produites. Or, un tableau de bord efficace à l'hôpital doit se situer à la confluence de la gestion et de l'acte médical pour toucher réellement le maximum de professionnels.

En effet, il n'est possible de mobiliser les professionnels de santé qu'à la condition de mettre en évidence des enjeux qualitatifs et éthiques et non de prime abord les seuls aspects financiers qui réduiraient l'activité de soins en une activité commerciale traduite en chiffre d'affaires et marge.

## ► L'ambiguïté du lien qualité-coût

Une certaine facilité de pensée conforte l'idée que plus le soin est coûteux, meilleur sera le service rendu ; et qu'en conséquence, il est éthiquement indispensable de dépenser plus. Il n'y a pourtant pas de lien absolu entre les deux termes. En économie de production, il existe deux concepts extrêmes qu'on appelle masse critique suffisante et loi des rendements décroissants. La masse critique correspond à un volume spécifique, propre à chaque type d'activité, en dessous duquel il n'est économiquement pas supportable de maintenir une activité. La loi des rendements décroissants consiste en ce qu'au-delà

d'un certain volume, propre à chaque domaine d'activité, le coût de mobilisation de moyens s'avère supérieur à l'efficacité espérée.

La combinaison des deux concepts permet d'affirmer qu'une fonction de production, sur le plan de l'efficacité, peut être comparée à un escalier : dans sa phase horizontale, le coût de développement de l'activité est quasi nul et l'efficacité fortement accrue ; à l'inverse, dans sa phase verticale, le coût augmente fortement sans accroissement de l'efficacité. En matière de qualité de la santé, il est probable qu'il existe une zone optimale entre la masse critique minimale et la loi des rendements décroissants. En dessous d'un certain niveau d'activité, il est difficile qu'un établissement hospitalier puisse délivrer une prestation de qualité. En revanche, à défaut d'avoir des repères très précis, il est possible de partir du postulat que ce que font les autres établissements hospitaliers n'est pas plus mauvais que ce que fait l'établissement. Cette comparaison des activités et des pratiques devient un élément de plus en plus significatif des démarches d'amélioration du fonctionnement des organisations (*benchmarking*).

Un positionnement de l'établissement par rapport aux autres établissements peut constituer une information intéressante. Dans un pays où le nombre d'établissements hospitaliers est réduit, la comparaison entre établissements est peu évidente, mais il est possible de positionner les services entre eux à partir des prestations délivrées et des moyens mobilisés. Des différences significatives ne sont pas toujours mauvaises en soi, mais doivent pouvoir s'expliquer. Des tableaux comparatifs permettent souvent de distinguer ce qui est fondé de ce qui peut être considéré comme une dérive. Il revient à un établissement ou un service qui se singularise de pouvoir justifier l'écart par rapport à la tendance générale constatée. Ce travail d'explication a un double impact : inciter à rechercher les caractéristiques d'une gestion, mais aussi prévenir toute tentation de s'écarter des ratios communément admis. La force des tableaux de bord réside dans la rationalisation et le refus d'accepter un lien systématique entre la croissance de la qualité et la dérive des coûts.

### ► La prépondérance de la comptabilité budgétaire sur la comptabilité analytique

Le lien historique entre l'hôpital et l'organisation administrative étatique a souvent pour conséquence une approche juridique de la comptabilité hospitalière. La comptabilité répond alors à une approche budgétaire et parfois à une approche de recensement des

charges et recettes par compte, selon une logique de comptabilité dite générale. Sans remettre en cause la nécessité de la comptabilité budgétaire et générale, il convient d'insister sur le fait que la dimension économique n'est pas retracée par ces techniques. Seule la comptabilité analytique permet une approche économique de la contribution de l'hôpital. Encore faut-il bien définir les unités d'œuvre. S'intéresse-t-on au coût d'une journée dans un service de soins, au coût d'un séjour dans ce même service, au coût d'un acte, ou surtout au coût de prise en charge d'une pathologie ? Ces différentes approches montrent une structuration de la comptabilité analytique traduisant la volonté d'une gestion plus ou moins médicalisée de l'hôpital.

Bien évidemment l'approche par pathologie est probablement la plus porteuse d'avenir, car les professionnels de santé ont en commun, quel que soit leur métier d'origine, une certaine conception de la plus-value apportée par leur action ; il ne s'agit pas d'accroître le potentiel financier de l'hôpital, mais de contribuer à l'élévation du niveau de santé. Pour aller plus loin, il faudrait aussi tenir compte des dépenses de prévention qui évitent le recours aux soins. Pour atteindre un niveau fiable de description d'une activité, il faut passer par différentes étapes permettant de progresser dans cette description.