

## OUTILS DE GESTION

## L'élaboration des tableaux de bord hospitaliers : un mythe ou une réalité possible ?

**La T2A oblige les établissements de santé à repenser leur mode de gestion interne. Le pilotage de l'activité et la nécessaire maîtrise des coûts exigent le développement de nouveaux outils de gestion. Parallèlement, en responsabilisant les hospitaliers au sein des pôles d'activité, la nouvelle gouvernance fait apparaître des acteurs nouveaux dans le pilotage de l'établissement et la définition de sa stratégie. Dans ce contexte, les établissements doivent être en mesure de se doter d'outils de suivi et d'analyse innovants.**

**Comment concevoir des tableaux de bords adaptés aux attentes des acteurs hospitaliers et aux exigences de la T2A ? Quels sont les écueils à éviter ? Voici un guide pratique à partir de l'expérience du Centre Hospitalier de Troyes.**

L'Hôpital se préoccupe aujourd'hui beaucoup des tableaux de bord, non pas qu'ils constituent en soi une réelle nouveauté, mais parce que la culture économique des hôpitaux a évolué sous l'impulsion de la tarification à l'activité. Au temps de la dotation globale, certains hôpitaux avaient déjà produit et diffusé ce type d'outils, s'appuyant sur des indicateurs classiques, comme le taux d'occupation des lits ou le nombre de journées réalisées, mais qui se sont révélés insuffisants ou inadaptés avec la T2A. D'autres n'avaient pour ainsi dire pas perçu la nécessité de les développer.

Désormais régies par un EPRD, dont la majorité des recettes sont issues de la T2A, les structures hospitalières ont pris conscience de la nécessité de piloter l'activité et les résultats afin d'avoir plus de visibilité sur leur marge de manœuvre de développement et sur leur stratégie médicale. Un tableau de bord peut permettre de connaître son activité, faire le lien entre les recettes et les coûts générés et analyser l'efficacité des processus de production des soins. Plus que l'outil en lui-même, c'est l'action qu'il permet qui est déterminante : une réflexion sur le long terme peut conduire à **définir une stratégie d'amélioration de la performance.**

A partir de l'expérience du Centre Hospitalier de Troyes, sont proposées ici quelques règles simples et pragmatiques permettant à un établissement de se lancer dans la mise en œuvre de tableaux de bord de pilotage stratégique et opérationnel de l'hôpital.

### L'avis de la Cour des Comptes concernant les tableaux de bord hospitaliers

- Un rapport de la Cour des Comptes publié en septembre 2009 fait état de certaines insuffisances dans le développement des outils de pilotage hospitaliers. *« Trop rares sont encore les établissements qui ont développé des tableaux de bord par pôle tels que mis au point par la MEAH. Cette situation est éminemment préjudiciable sous l'emprise de la T2A : les hôpitaux se privent de moyens de s'adapter à la tarification s'ils ignorent comment leurs coûts se comparent aux tarifs ».*

**Michaël De Block**  
Directeur du système  
d'information, CH de Troyes

**Florence Thesmar**  
Responsable de la cellule  
d'analyse de gestion,  
CH de Troyes

- Par ailleurs, si l'information existe, elle peut être « abondante et sophistiquée », sans que les acteurs en fassent forcément bon usage d'un point de vue opérationnel.
- Concernant les attentes des responsables sur le terrain, les données ne leur sont pas toujours communiquées et lorsque c'est le cas, elles ne sont pas toujours exploitables.

### **Considérer la conception des tableaux de bord comme un projet stratégique et fédérateur pour l'établissement**

Avant d'en arriver au stade de l'analyse, il est nécessaire que les tableaux de bord soient bien pensés en amont, afin d'en retirer tous les bénéfices à deux niveaux : stratégique pour l'hôpital, opérationnel pour les pôles d'activité.

Cette étape de conception du contenu et de la forme de l'outil ne doit pas être négligée ; en dépendra son niveau d'appropriation et d'utilisation par les acteurs.

Il convient, pour cela, de créer un **comité de pilotage** volontairement restreint, pour plus de souplesse dans la prise de décision. Il peut être composé d'un directeur projet (le Directeur de l'établissement ou le Directeur des finances) et d'un chef de projet (du service du Contrôle de gestion par exemple), du Président de la CME, et de représentants de la Direction du Système d'information (DSI), du Département d'information médicale (DIM), de la communauté médicale et soignante.

Sa création doit être largement annoncée. C'est l'occasion pour la Direction Générale d'officialiser le démarrage du projet, rappeler sa finalité et démontrer son importance en communiquant sur les moyens mobilisés. « *La mise en œuvre d'un financement fondé sur l'activité rend nécessaire la création d'outils de pilotages performants. Les tableaux de bord permettent le suivi à une fréquence mensuelle des recettes et des dépenses. Ils constituent donc une aide à la décision indispensable pour la prise de mesures correctives dès l'apparition d'une distorsion entre ces paramètres* », précise Alain David, Directeur Général, CH de Troyes.

**L'élaboration des tableaux de bord doit apparaître comme une démarche structurante pour l'avenir de l'établissement sans être perçue comme un projet pensé uniquement dans les bureaux de « l'Administration ».**

Le chef de projet joue un rôle primordial. Il est impératif qu'il dispose de qualités relationnelles car il dialogue avec tous les acteurs des métiers techniques, soignants ou médicaux. C'est sur lui que reposent la dynamique et la réussite du projet. L'échec de la mise en place des tableaux de bord s'explique souvent par une mobilisation insuffisante des compétences transversales nécessaires.

### **La Direction du système d'information : un acteur essentiel dans la conduite du projet**

Si le chef de projet travaille de concert avec le Département d'information médicale pour le choix d'indicateurs d'activité pertinents, il doit travailler également avec la Direction du Système d'information (DSI), incontournable pour le guider sur les arbitrages concernant le mode de production des indicateurs et valider la faisabilité du projet compte tenu des différents logiciels utilisés par les hospitaliers.

De plus, si l'établissement se donne pour ambition de construire un outil innovant avec des tableaux de bord informatisés, afin de s'affranchir de la lourdeur de la collecte de données via Excel, **la DSI est la mieux placée pour construire un entrepôt de données**. Celui-ci est alimenté par toutes les requêtes permettant de calculer et produire en routine chaque indicateur.

### Associer les responsables des pôles pour recueillir leurs besoins et susciter leur adhésion

Elaborer des tableaux de bord par pôle doit se faire avec l'implication des responsables de pôle à qui ils sont destinés. Dans le cadre des contrats de pôle, qui fixent des objectifs tant qualitatifs que quantitatifs, les bureaux de pôle doivent rendre des comptes à échéance régulière : ils sont demandeurs d'outils de suivi et d'analyse afin de connaître leur activité et évaluer leurs marges de manœuvre. La recherche d'efficience demande de mettre à leur disposition des indicateurs relatifs à l'organisation des soins, à la qualité de la prise en charge et aux moyens mobilisés. Aussi, il est nécessaire de permettre aux pôles de sélectionner leurs propres indicateurs. Cette **concertation** répond à plusieurs objectifs :

- rompre le cloisonnement entre le monde médical et soignant et l'administration ;
- susciter l'adhésion et l'appropriation des nouveaux outils, en construisant des tableaux de bord « sur mesure » ;
- installer un dialogue de gestion, qui les sensibilise aux enjeux du pilotage hospitalier au niveau des pôles, par un conseil adapté sur le choix des indicateurs.

Dans cette optique, le chef de projet conduit des réunions avec chaque bureau de pôle, accompagné du DIM et la DSI. Cette étape peut durer plusieurs mois ; mais il en va de la réussite du projet. On évite ainsi le travers souligné par la Cour des Comptes qui pointe l'« écart entre les perceptions des administrations, persuadées d'avoir diffusé une information suffisante et en tous cas abondante, et l'utilité opérationnelle de ce matériau... Même dans l'abondance apparente, les données peuvent ne pas concerner les sujets sur lesquels les chefs de pôle pourraient concrètement agir. »

### Le Témoignage des acteurs du centre hospitalier de Troyes

Dr Isabelle Arnault, Responsable du pôle Mère-Enfant<sup>(1)</sup>, Chef de service de Néonatalogie :

« J'ai accueilli avec intérêt ce projet car le besoin était évident. Les premiers indicateurs disponibles étaient incomplets ou inadaptés car trop compliqués pour les non financiers que nous sommes. Nous avons apprécié la démarche personnalisée par pôle car nous avons pu exprimer nos attentes en lien avec nos spécificités médicales. Le fait d'être inclus dans la réflexion a permis de franchir un cap dans le dialogue de gestion avec la direction de l'hôpital, ce qui est positif. Reste maintenant à tester à l'usage la pertinence des indicateurs choisis. Nous attendons du tableau de bord qu'il puisse nous apporter une lecture concrète de notre activité et une vision claire afin d'appuyer nos actions à venir. »

Dr Michel Van Rechem, Responsable du pôle Urgences<sup>(2)</sup>, Chef de service du SAMU-SMUR :

« Du fait de l'atypie de notre pôle, avec des activités intra et extra-hospitalières, il

(1) Le pôle mère-enfant regroupe les services de la maternité, gynécologie, pédiatrie et néonatalogie.

(2) Le pôle Urgences rassemble le SAMU-SMUR, le service des Urgences, le CESU et les UCSA.

## CONTRÔLE DE GESTION

*était tout à fait judicieux de nous faire participer à la construction de cet outil. Nous avons pu être également conseillés dans le choix des indicateurs par le contrôleur de gestion, qui nous a sensibilisés notamment aux questions économiques. L'organisation des tableaux de bord par grands domaines nous a permis de structurer notre pensée, dans un domaine relativement nouveau. Les échanges ont donc été constructifs.*

*Nous disposons par ailleurs de logiciels métiers performants qui vont faciliter le recueil automatisé des données. Les principaux établissements publics de la région disposent des mêmes logiciels car nous sommes regroupés dans un réseau d'aide médicale urgente, ce qui pourra permettre peut-être demain d'échanger des données en mettant à profit d'autres structures notre expérience des tableaux de bord. »*

### **Faire preuve de pédagogie en rappelant le rôle et la nature d'un tableau de bord et des indicateurs de gestion**

Lors de la première réunion avec les bureaux de pôle, le chef de projet évite d'entrer sans préalable dans le vif du sujet. Il est nécessaire de commencer par donner aux participants quelques repères sur la nature et la fonction d'un indicateur. **Un indicateur est une donnée objective, en lien avec une situation qui évolue dans le temps et qui, dans la mesure du possible, compare un résultat à un objectif.** Il est primordial d'identifier précisément le périmètre du pôle sur lequel agissent les acteurs et leurs domaines de responsabilité. Un « bon » indicateur réunit 4 qualités : il est simple, fiable, sensible aux fluctuations, accessible via une source de données disponible facilement.

#### **Le fil conducteur pour construire un tableau de bord adapté à l'hôpital**

1/ Structurer le tableau de bord en **4 grands domaines de performance** :

- L'activité ;
- La qualité des soins et de l'organisation ;
- L'efficacité médico-économique ;
- Les projets stratégiques du pôle.

2/ Se référer au contrat de pôle afin de **mettre en évidence les objectifs via des indicateurs précis.**

3/ Relier à **chaque objectif l'indicateur qui peut en mesurer sa réalisation.**

Par exemple :

- Difficulté de gestion des ressources : suivi des effectifs d'un secteur ;
- Ouverture d'une nouvelle activité : suivi du nombre de séjours réalisés ;
- Climat social tendu : taux d'absentéisme, turnover.

4/ Pour chaque indicateur retenu, **évaluer la faisabilité de sa production** en identifiant la source de données et le mode de recueil de l'information (manuelle et/ou informatique).

5/ Garder à l'esprit les **principes** suivants :

- Un nombre restreint d'indicateurs ;
- Des indicateurs au service d'objectifs décisionnels ;
- Une charge de travail raisonnable compte-tenu des moyens disponibles ;
- Un délai de production permettant la meilleure réactivité ;
- La fiabilité plutôt que la quantité.

### **S'appuyer sur les conseils et les compétences techniques de la Direction du système d'information**

Une fois les indicateurs sélectionnés, la DSI, qui participe au projet depuis le début, prend le relais pour définir l'infrastructure technique et concevoir l'outil.

**Elle seule connaît, en effet, tous les logiciels du système d'information hospitalier (SIH)** constitué de l'ensemble des applications informatiques médicales et administratives.

Son directeur peut mettre en garde le chef de projet sur une option qui risquerait d'entraver le processus de production des indicateurs, la récupération des données devant rester réaliste et adaptée au contenu du SIH.

**Il faut veiller à ne pas construire une « usine à gaz » dans un environnement déjà complexe de par le flux d'informations échangées.** Par exemple, le directeur peut intervenir sur le choix du niveau de recueil de l'information, entre le service et l'unité fonctionnelle, qui permet d'appréhender plus finement la notion d'activité médicale et compléter l'analyse au niveau du pôle. La solution retenue sera celle adaptée techniquement à la puissance du serveur. Les principaux choix techniques sont discutés avec le chef de projet. Une collaboration étroite est recommandée afin de garantir la bonne adéquation entre le cahier des charges défini par le chef de projet et la faisabilité technique et ergonomique.

Il incombe, par ailleurs, à la DSI d'assurer la maintenance du serveur dans lequel est stocké l'entrepôt de données, gage de pérennité technique du projet.

### **Quels travers à éviter ? Quelles contraintes à intégrer ?**

Mener le projet dans une concertation élargie peut comporter le risque d'aboutir à des tableaux de bord en surdose d'indicateurs, dont certains ne remplissent pas les objectifs du pilotage hospitalier. **Les indicateurs descriptifs sont à bannir** même si les acteurs souhaitent les voir apparaître. Les tableaux de bord du CH de Troyes n'ont pas dépassé quarante indicateurs et cela est déjà un maximum.

**La mise en place des tableaux de bord doit être progressive et itérative.** Une première version simple, même incomplète, peut être diffusée en réponse aux attentes premières. Une fois la période de rodage écoulée, il pourra être envisagé une version plus robuste, enrichie d'indicateurs nouveaux et plus fins et d'une fréquence de production plus élevée.

Avant de faire le choix de tableaux de bord informatisés, il faut avoir conscience que l'outil demande une maintenance informatique dans le temps, ce qui peut être coûteux. La DSI doit être en mesure de mobiliser les moyens humains nécessaires au suivi des évolutions des logiciels et aux éventuelles adaptations techniques, tout au long de la vie de l'outil. Le chef de projet assure également une veille régulière d'ordre fonctionnel, afin de garantir la fiabilité et l'exhaustivité des indicateurs. Il contrôle en routine la collecte des données des différentes sources, si l'hôpital décide de ne pas automatiser la production de ses indicateurs.

Un projet aussi ambitieux que celui du CH de Troyes demande de mobiliser des ressources importantes sur le long terme. Il est aussi possible de sous-traiter à un prestataire le développement du logiciel des tableaux de bord mais le coût de la mise en œuvre peut s'avérer élevé.

## CONTRÔLE DE GESTION

(3) En raison des disparités en termes d'activité médicale, le tableau de bord du pôle fait apparaître aussi les données par unité fonctionnelle (onglets complémentaires).

### L'exemple du tableau de bord du Pôle Mère-Enfant du CH de Troyes <sup>(3)</sup>

#### EFFICIENCE

---

##### Recettes :

- Recettes d'hospitalisation dont suppléments journaliers
- Soins externes
- DMI/MO facturés en sus
- Recettes : Majoration chambres particulières

##### Dépenses :

- Personnel médical
- Personnel non médical
- Dépenses médicales
- Dépenses hôtelières et générales
  
- Consommation d'actes médico-techniques (patients hospitalisés)

#### ACTIVITÉ

---

- Nb de séjours
- Nb de séances
- Nb d'accouchements
- Durée moyenne de séjour PMSI
- Nb d'admissions totales (entrées directes et passages internes)
- Taux d'occupation des lits ouverts
- Nb de consultations externes
- Nb de consultations inter-services

#### ORGANISATION/QUALITÉ/RISQUES

---

- Nb d'ETP médical
- Nb d'ETP non médical
- Ratio Nb d'ETP personnel non médical/ Nb de lits installés
  
- Délai d'attente pour une prise en charge IVG
- Délai d'admission en pédiatrie depuis les urgences
  
- Taux de précarité des patients
  
- Nb d'infections nosocomiales déclarées
- Consommation de solutions hydro-alcooliques

#### PROJET DE POLE

---

- Nb de consultations médicales et infirmières (éducation au diabète)
- Nb de séances de chimiothérapie en pédiatrie
- Nb de patients de pédiatrie avec passage au bloc chirurgical
- Nb de séjours en chirurgie ambulatoire (gynécologie)
- Nb d'IVG assurées en ambulatoire
- Nb de consultations réalisées à l'unité d'accueil obstétrical