

VERS UN PILOTAGE DES ETABLISSEMENTS DE SOINS :

Une approche par les processus

Anne IGLESIAS

A.T.E.R.

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion

Université de Nantes

Chemin de la Censive du Tertre

B.P. 52231

44 322 NANTES Cedex 3

anne.iglesias@mageos.com

Résumé

La croissance importante des dépenses de santé conduit le régulateur à mettre en place des réformes dans un domaine jusqu'alors très peu contrôlé. Les organisations de soins, au cœur de ces réformes doivent devenir de plus en plus performante : améliorer leur productivité tout en maintenant un certain niveau de qualité. Les seuls outils dont les établissements disposent actuellement sont le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I) et l'accréditation. Cependant, ils ne semblent pas répondre de manière satisfaisante à ces besoins. La communication a pour objet de montrer l'intérêt de la mise en place d'un système complémentaire basé sur les activités et les processus.

Mots clés : GHM, Activités, Processus

Abstract

The health care expenses growth induces the implementation of reforms based on control. Health care organisations need to be more and more productive with the same level of quality. The tools actually implemented do not really answer to this new needs. This communication tends to propose a system based on activities and processes.

Keywords : GHM (DRG),Activities, Processes

La santé est au cœur des débats politiques depuis quelques années dans la majorité des pays industrialisés. Les nouvelles vagues de grève des professionnels de soins depuis le mois de septembre montrent l'ampleur du malaise. Cependant elles ne sont que le reflet de problèmes généralisables à l'ensemble du système de soins.

Les dérapages de santé en France ne cessent de croître depuis le début des années 60. Même si une partie est imputable à une avancée médicale importante ou au vieillissement de la population, les outils disponibles ne nous permettent pas de déterminer les autres causes.

Mais, au delà de ces dérapages, apparaissent des inégalités injustifiées entre les établissements (COCA, 1998) dont les origines se trouvent pour une part importante dans l'historique de leur remboursement.

Ces problèmes sont dus en grande partie à la difficile identification d'un produit dans ce secteur. L'absence d'objet de coût, rend complexe la mise en œuvre d'un système de contrôle. L'évolution des modes de régulation par la tutelle est un indicateur sur les problèmes rencontrés et sur la complexité liée au secteur de la santé.

De nombreuses réformes ont été mises en place durant ces vingt dernières années comme tentative de réponse aux besoins et aux malaises exprimés. Cependant, elles sont souvent considérées comme injustes ou inadaptés aux yeux des professionnels de soins. Ce manque d'adéquation entre les besoins exprimés et les réponses apportées ne s'explique pas uniquement par l'obligation de contraindre les ressources. Diverses études ont mis en évidence les nombreux gaspillages présents dans ce domaine qui peuvent expliquer en partie la volonté politique de "dépenser mieux"¹. Cependant ceci nécessite de connaître et d'expliquer le fonctionnement du secteur de la santé et notamment des établissements de soins qui représentent plus de la moitié des dépenses. Les processus de soins et les mécanismes de consommations de ressources restent opaques pour les différentes parties prenantes. Ceci est en grande partie imputable au fait que l'activité de soins reste difficilement identifiable, quantifiable et donc gérable.

C'est notamment pour répondre à ces problèmes que l'outil de Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.) a été mis en place en France dans les établissements publics (1991) et privés (1996). Ce n'est donc qu'au début des années 90 que sont apparus les premiers outils de gestion dans le domaine de la santé.

Le P.M.S.I. est basé sur l'identification de produits hospitaliers appelés Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) qui devraient permettre d'évaluer l'activité des établissements, de comparer les activités intra établissements et de ce fait être un outil rétablissant une dotation équitable entre les établissements. Cet outil purement financier est complété par l'obligation de mise en place d'une procédure de qualité. L'apparition de ces deux outils devrait permettre une diminution de l'asymétrie d'informations et ainsi d'avoir une politique plus équitable en ce qui concerne la dotation budgétaire. Le régulateur va donc fonder son analyse des établissements sur deux critères qui sont le coût et la qualité.

Le P.M.S.I, outil qui trouve son origine dans une approche externe est aussi utilisé à usage interne comme système de pilotage des coûts. Il vise à contraindre les organisations à améliorer leur productivité. Cependant, ce système largement inspiré des systèmes de coûts traditionnels ne permet pas d'identifier les relations de causalité nécessaire selon M. LEBAS (1995) à la compréhension de la performance.

¹ Cf. réforme de 1996

C'est d'ailleurs pour répondre au manque de pertinence de ces systèmes qu'est apparue dans les années 80 la méthode Activity Based Costing (ABC). Elle a pour objectif de dépasser les limites imputables aux méthodes de coûts traditionnels par la mise en évidence de relation de causalité. Ce type de système peut aussi être à la base de systèmes de gestion avec une orientation des activités autour des processus.

Nous nous interrogerons dans un premier temps sur l'introduction des outils de contrôle par la tutelle et sur les réponses qu'ils apportent. Dans un second temps, nous nous appuierons sur les limites des outils en place pour proposer un outil complémentaire basé sur la gestion des activités, nécessaire au pilotage des organisations.

1 L'introduction des outils de contrôle par le régulateur

Différentes réformes ont été établies et ont contribué à faire évoluer la place du contrôle dans les organisations de santé.

Les outils actuellement en place pour piloter ou faire valoir la performance apparaissent de manière indépendante au sein des organisations avec d'un côté l'accréditation et de l'autre le P.M.S.I.. Ce pilotage dichotomique des variables de performance est-il approprié ?

Le P.M.S.I, inspiré de systèmes de coûts actuellement en pleine crise peut-il répondre de manière pertinente aux problèmes existants dans le domaine de la santé ?

1.1 Les différentes réformes : de la maîtrise des dépenses au calcul des coûts

La croissance importante des dépenses de santé a conduit à la mise en place de réformes très restrictives (1983). Cependant dans le domaine de la santé, une réduction pure et simple des ressources ne peut conduire à une meilleure performance. C'est dans le but de réconcilier impératifs de santé et économie que la réforme de 1996 a été mise en place.

1.1.1 La réforme de 1983 ou la volonté d'enrayer la croissance des dépenses

- La tarification à la journée : une croissance exponentielle des dépenses

De la fin du 19^{ième} siècle jusqu'à l'ordonnance de 1983, les établissements étaient remboursés rétrospectivement sur la base d'un prix journée. Ce prix était négocié avec la tutelle par les établissements. Il était fondé sur un coût moyen journalier sans aucune considération pour les pathologies accueillies ou encore les spécificités du patients.

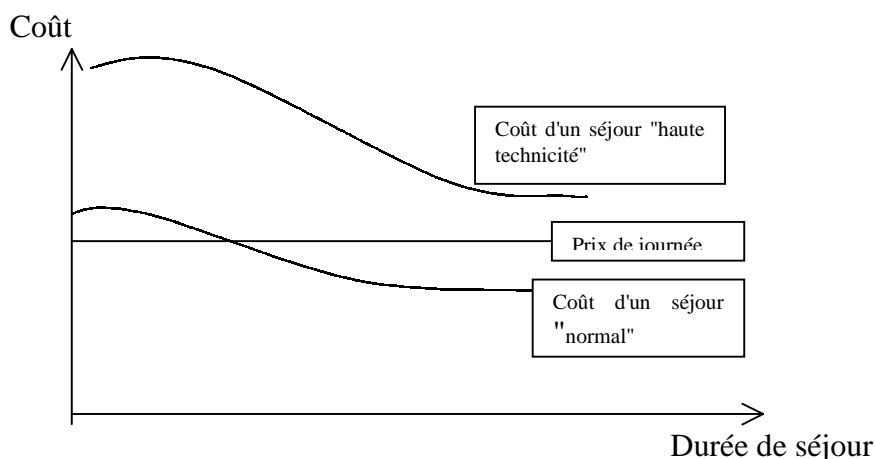


Fig 1 : Prix de journée et coût de séjour (FORCIOLI, 1999, p31)

Ce type de financement a conduit à "un dérapage très élevé des dépenses hospitalières et à des tarifs très disparates selon les établissements plus proches de la tête du client que d'une juste rémunération de prestation" (DUBOIS-LEFRERE et COCA, 1992, p43).

Comme le montre la figure, il a généré des effets de subventionnement importants et ce, à deux niveaux : d'une part entre les deux types de séjours et d'autre part à l'intérieur d'un même type de séjour.

La stratégie des établissements a donc très rapidement consisté à :

- avoir une durée moyenne de séjour relativement faible pour les patients nécessitant des soins de haute technicité ;
- augmenter la durée d'hospitalisation des séjours dits "normaux".

L'augmentation du nombre de journées a conduit à des hausses très importantes des dépenses (DUBOIS et al., 1992).

- Le budget global : une maîtrise réelle des dépenses ?

Afin d'enrayer cette croissance des dépenses, la réforme de 1983 impose un nouveau mode de financement des établissements appelé *budget global*. Il consiste à financer les organisations en fonction du volume prévisionnel attendu.

Ce nouveau mode de financement a pour objectif de limiter les dépenses et de réduire les inégalités entre établissements. Il constitue un renversement de logique puisque dorénavant les dépenses engagées doivent correspondre aux budgets alloués. C'est la première fois qu'apparaît réellement la notion de responsabilisation avec la création d'une enveloppe budgétaire par établissement.

Cependant, même si la volonté affichée est de calquer le budget sur l'activité, aucune mesure de cette dernière n'est disponible. De ce fait, les effets de subventionnement subsistent même s'ils sont moins apparents de même que les disparités entre établissements pour lesquels la marge de négociation est pour ainsi dire inexistante.

Le budget global s'est donc avéré être une rente de situations pour certains établissements et un frein pour les autres.

Le contrôle s'exerce en contraignant de manière importante les ressources distribuées. Cette réforme drastique a permis de mettre un frein à la croissance des dépenses de santé. Cependant le mode de régulation a été vivement critiqué du fait que les budgets étaient fixés davantage en fonction des impératifs économiques que des besoins de santé.

1.1.2 La réforme de 1996 ou l'introduction d'une nouvelle logique

La réforme de 1996 s'est largement inspirée du courant du nouveau management public (HOOD, 1995) qui consiste à transposer les outils des entreprises privées au secteur public. Une focalisation excessive sur les coûts peut être néfaste dans le domaine de la santé, c'est pour cela que cette réforme souhaite se distinguer de celles qui l'ont précédée par l'introduction d'une nouvelle variable dans le mode de contrôle qui est la qualité. La maîtrise des coûts doit se faire de manière "médicalisée"².

L'objectif de cette réforme est de réduire les inégalités entre les établissements. L'allocation des budgets doit se faire de manière équitable en tenant compte de leur activité.

- La réorganisation ou la volonté de lier coût et qualité

Une partie de la réforme est axée sur la volonté de réorganiser l'offre de soins avec pour objectif affiché de coupler maîtrise des dépenses et qualité.

Le développement de réseaux de soins organisés et le partage de plateaux techniques en sont une illustration. La fermeture de certains services comme les urgences ou les maternités n'atteignant pas le seuil critique est présentée non seulement comme une volonté de limiter les coûts mais aussi comme une amélioration de la qualité justifiée par une limitation des risques. La mise en place de plateaux techniques mobiles est d'une part de réduire les coûts de sous-capacité inévitables sur certains investissements et d'autre part d'éviter la fermeture de certains établissements de proximité en leur permettant un accès à des équipements de pointe sans que cela ne vienne grever leur budget de manière trop importante. .

La coopération interrégionale entre les établissements est présentée par la réforme comme l'un des moyens qui permette de conserver, sans perte de qualité, des établissements de proximité : c'est une solution pour dépenser mieux.

- Un marché pour la santé ?

La réforme introduit un système de concurrence par le biais de quasi marchés avec la mise en place d'un organisme de tutelle régionale l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Cet organisme a pour mission de répartir de manière équitable l'enveloppe budgétaire allouée à la région. Elle prend donc le rôle d'acheteur de soins en face d'offres de soins - établissements de soins publics et privés-.

La mise en place d'un quasi marché suppose une diminution de l'asymétrie d'information notamment sur le point sensible que constitue la qualité.

La réforme avec la mise en place d'un texte concernant le droit des malades paraît souhaiter développer le contrôle implicite exercé par la population sur les établissements. Le patient, - lorsque ne se présente pas de caractère d'urgence- peut être comparé à un client puisqu'il va se renseigner sur l'établissement, le médecin... avant de faire son choix mais aussi avoir recours à des revues de vulgarisations de médecine ou aux nouveaux médias.

² Le nom donné à la réforme de 1996 est "Maîtrise médicalisée des dépenses de santé".

Cependant, ces jugements restent subjectifs et sont essentiellement basés sur l'aspect qualité et/ou réputation puisque dans ce marché, le client n'est pas le payeur.

Cette évolution conduit les établissements à se doter d'outils leur permettant de développer des avantages "quasi concurrentiels". Ceux ci peuvent se porter soit sur une différenciation des prestations offertes aux patients (cuisine, chambre individuelles...) soit sur les coûts en supposant que pour le traitement d'une pathologie identique, le fait de fournir une prestation à un coût inférieur pourrait conduire l'ARH à leur ouvrir plus de lits et ainsi à accueillir plus de patients.

On constate donc que les établissements sont soumis à de nouveaux besoins en termes d'information et vont devoir se doter d'outils leur permettant de mesurer leur performance notamment à l'aide d'indicateurs non financiers en tenant compte notamment de l'évolution du statut de patient.

1.2 Une approche dichotomique de la performance fondée sur une approche organisationnelle fonctionnaliste

Les seuls outils officiellement disponibles dans les organisations de soins sont le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.) et l'accréditation. Ils abordent séparément deux des composantes d'un système de pilotage de la performance, respectivement les coûts et la qualité. Ils permettent de poser un référentiel pour le calcul de coûts par l'identification d'un produit (le GHM) et un autre pour la qualité largement inspirée de la certification.

1.2.1 Calcul de coûts et pertinence de l'objet de coût GHM

Le calcul de coûts dans les hôpitaux se résume, jusque dans les années 90, à une comptabilité analytique sommaire. L'absence d'un outil s'explique en partie par la difficile identification d'un produit hospitalier. De ce fait, la journée d'hospitalisation a fait office d'objet de coût pendant de nombreuses années.

Le P.M.S.I. est introduit dans les organisation de santé pour le secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Il a pour objectif de mesurer l'activité hospitalière et ses coûts afin d'allouer les budgets de manière équitable aux établissements et de favoriser le redéploiement de leur moyens et leur restructuration (DUBOIS et al., 1992).

Le P.M.S.I. s'appuie sur l'identification d'objets de coûts appelés Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.). Ces groupes sont formés à partir des variables explicatives suivantes : le diagnostic principal, le sexe et l'âge des patients. Mais les deux hypothèses importantes sur lesquelles ils ont été construits sont :

- la durée de séjour est fortement corrélée avec la consommation de ressources. Les GHM sont donc des groupes peu variants par rapport à la durée moyenne de séjour du patient dans l'établissement.
- l'activité soignante est occultée du modèle. En effet, la construction de ces GHM s'appuie sur l'hypothèse que le traitement médical conditionne l'activité soignante. Seule la variable "journée pondérée" est liée à la charge soignante. Cependant celle ci est applicable à tout le GHM et ne prend pas en compte l'hétérogénéité du GHM (sachant qu'un GHM peut contenir une variété importante de pathologies).

Or, de nombreuses études (REGNARD, 1998) montrent que d'autres variables sont à prendre en compte dans un système qui a pour objectif d'expliquer la traçabilité des ressources comme par exemple le degré de gravité de la pathologie ou le degré de dépendance des patients.

Notre étude a montré par exemple que deux personnes accueillies pour une chirurgie maxillo-faciale consomment des ressources de manière différente bien qu'appartenant au même GHM. Alors qu'une personne valide va consommer le minimum de charges soignantes requises (surveillance post opératoire, distribution des médicaments...), un patient dont le degré de dépendance physique est supérieur nécessite une charge soignante plus importante (accompagnement à la toilette, incontinence...).

Cette observation débouche sur deux conséquences :

- La cause des différences de coûts observées entre deux GHM identiques ne peut être identifiée ;
- Une remise en cause du modèle en terme de légitimité est prévisible du fait de la non prise en compte du travail soignant et de la difficulté rencontré par les médecins à catégoriser les patients dans des groupes aussi hétérogènes.

De plus, ce système correspond à un modèle traditionnel de calcul de coûts complets. Les charges indirectes sont réparties pour la majeure partie (environ 70%) à l'aide de la clé de répartition durée de séjour sur le GHM. Le GHM est donc un groupement homogène de durée de séjours dont la cause majeure de variation de ressources est le nombre de journées d'hospitalisation.

La variable durée de séjour joue donc tour à tour le rôle d'indicateur de coût total, d'unité d'œuvre et de produit (HALGAND, 1995).

Le P.M.S.I., concept très proche des systèmes traditionnels de coûts en a donc aussi tous les biais. Notamment, le déversement en cascade des coûts à travers une unité d'œuvre principale "la durée de séjour" conduit à des effets de subventionnements entre les produits -les GHM- mais aussi inter GHM puisque leurs consommations de ressources sont hétérogènes. Cette observation nous renvoie aux mêmes limites que celles identifiées pour la tarification à la journée.

Nous avons pu observer lors de l'étude effectuée que la tutelle s'appuie parfois sur ces effets de subventionnement pour expliquer l'absence de prises en charges sur certains actes. Ainsi, le régulateur, afin de répondre à des obligations de sécurité et de qualité oblige les praticiens à effectuer certaines interventions comme par exemple l'extraction dentaire sous anesthésie locale dans des établissements alors qu'elles étaient effectuées auparavant dans des cabinets de ville. La tutelle ne rémunère pas les établissements pour ces interventions légères en arguant que les extractions dentaires sous anesthésie générale donnent lieu à des remboursements supérieurs aux coûts engendrés.

Cependant, les risques liés aux effets de subventionnement peuvent conduire à de graves dérapages concernant la santé publique. En effet, depuis la mise en place du PMSI, un effet d'apprentissage des établissements s'est développé sur ces GHM ce qui leur a permis d'identifier les produits -GHM- qui apparaissent "rentables". On voit donc se développer de plus en plus des spécialisations d'établissements privés sur des segments qui permettent de dégager des profits laissant au service public la prise en charge des autres.

Le manque d'homogénéité des GHM et l'absence de traçabilité non seulement ne permettent pas un calcul ou un pilotage des coûts mais peuvent être à l'origine d'une perte de qualité et voire à terme de l'accès aux soins pour tous.

1.2.2 Une approche standardisée de la qualité

L'hôpital est probablement un des exemples illustrant le mieux l'obligation de lier les deux aspects qualité et coûts car un système basé uniquement sur le côté efficacité serait condamné à disparaître. Ainsi, pour remédier à ce problème, une démarche de qualité a été imposée à tous les établissements de soins.

La réforme de 1996 oblige les établissements publics et privés à entamer une procédure d'accréditation garante d'une amélioration continue de la qualité. Celle-ci porte sur les divers domaines présents dans les établissements qu'ils soient administratifs ou soignants.

Les procédures mises en place doivent satisfaire à certains critères aussi bien en ce qui concerne la direction et la gestion de l'établissement que les services de soins. Bien plus que de démontrer les procédures de qualité suivies dans l'établissement, les établissements en cours d'accréditation devront prouver leur volonté de conduire une amélioration continue dans ce domaine primordial. La tutelle impose donc aux établissements de se situer dans des ratios de qualité imposés qui leur permettent de définir un référentiel standard de qualité.

L'accréditation reste "le plus petit commun dénominateur" selon C. PASCAL (2000) des éléments relatifs à la qualité. Elle reste très limitée comme outil garant de qualité.

L'établissement aura donc besoin en son sein d'un référentiel de qualité adapté à ses besoins.

1.2.3 Une approche fonctionnaliste commune aux 2 outils

Les deux outils implantés dans les établissements de soins reposent sur une approche fonctionnaliste de l'organisation. Les interdépendances entre les services ne sont pas observées.

L'accréditation est effectuée service par service et peut même être accompagnée de la certification de certains d'entre eux comme la stérilisation. La qualité apparaît de manière transversale dans l'organisation et de nombreux dysfonctionnements peuvent être générés du fait de la non prise en considération de ces interrelations.

On constate la même approche pour le P.M.S.I.. Le séjour d'un patient au sein d'un établissement est souvent ponctué par des passages dans des services différents. Or, un patient accueilli lors d'un séjour va faire partie d'un GHM unique lié à un seul service. Le trajet du patient au sein de l'établissement ne peut donc être mis en évidence par le GHM. Il ne peut en aucun cas refléter le travail des services de l'établissement. La mesure de l'activité hospitalière est donc globale, pourtant c'est davantage le service que la structure qui est jugé lorsque des décisions de fermeture de lits sont prises.

L'approche fonctionnaliste paraît se situer à l'encontre de la logique du fonctionnement de l'hôpital.

Le PMSI semble limité pour le calcul des coûts -du fait du manque de traçabilité- et pour le pilotage -du fait de l'impossible mise en évidence de leviers d'action-. L'accréditation constitue un référentiel de qualité minimaliste proposé par la tutelle et reste insuffisant pour piloter la qualité en interne dans l'établissement.

2 Une tentative de modélisation autour des processus

Le manque d'homogénéité du produit hospitalier tel que défini par le GHM et la part peu importante de la qualité contribuent à la non acceptation de ces outils par les professionnels de soins.

Il convient donc de rechercher une modélisation de l'activité hospitalière permettant de légitimer la présence d'un système de contrôle dans une bureaucratie professionnelle au sens de Mintzberg. C'est autour de cette notion de légitimité que pourront apparaître les leviers d'actions nécessaires au pilotage.

2.1 D'une approche statique du pilotage : les activités et leurs causes ...

Les systèmes de gestion basés sur les activités ont pour objectif d'éviter les problèmes soulevés par les systèmes de coûts traditionnels. Mais ils apparaissent d'autant plus intéressants dans le domaine de la santé du fait qu'ils dépassent la notion classique de produit en introduisant la notion d'activités comme concept central du modèle. Cette approche est fondamentalement adaptée aux organisations de soins du fait de la difficile identification de produits. En revanche, il apparaît cohérent avec l'organisation hospitalière de repositionner le concept de produits autour des besoins identifiés.

La façon dont les consommateurs sont servis par la firme apparaît comme la première cause des coûts (LEBAS, 1999). On s'intéresse donc davantage aux actions mises en place pour répondre à des besoins identifiés.

2.1.1 Les activités : l'efficacité par la légitimité

La notion d'activité se trouve au cœur du modèle. P. LORINO (1991, p40) définit l'activité comme "un ensemble de tâches élémentaires, réalisées par un individu (ou un groupe) faisant appel à un savoir-faire spécifique, homogènes d'un point de vue de leur comportement de coût et de performance, permettant de fournir un output à partir d'un panier d'inputs à un client interne ou externe".

L'activité est donc une représentation du travail effectué par les acteurs dans l'organisation et par conséquent de leurs compétences et de leur savoir-faire. C'est un langage naturel dans l'entreprise, facile à comprendre et à s'approprier (LORINO, 1991). Un système basé sur les activités rend donc les coûts compréhensibles et logiques puisque l'information fournie est compréhensible par tous les acteurs de l'organisation.

Un modèle basé sur les activités trouve son origine dans la mise en évidence de relations de causes à effets : toute action effectuée dans l'organisation doit répondre à un besoin. Il peut donc mettre en relief les compétences présentes dans l'organisation, les ressources utilisées et la manière dont elles le sont pour satisfaire ce besoin.

C'est à partir de ces deux notions que sont les actes effectués et leurs causes que peut se construire la légitimité du système.

L'identification des actes effectués par les acteurs conduit à reconnaître les compétences dont ils font preuve quels que soient les acteurs. Le PMSI ne permet pas cette reconnaissance car il

est considéré comme une boîte noire par ses utilisateurs. De plus, l'identification des causes de ces actes, renvoie à la prise en compte de spécificités du patient que ne relève pas le système P.M.S.I. et qui devrait permettre de fournir des bases d'homogénéité.

Par exemple l'activité *faire la toilette du patient* n'existe pas dans les GHM. Elle est soumise à deux hypothèses. La première est qu'elle est corrélée au diagnostic médical et la seconde est qu'elle est homogène au sein du GHM.

Certaines interventions chirurgicales vont effectivement générer une perte momentanée de l'autonomie du patient qui devra donc recourir au personnel soignant pour sa toilette notamment. Cependant il existe d'autres hospitalisations de patients qui n'ont aucune conséquence sur l'autonomie du patient. L'état de dépendance du patient peut dans ce cas être le même au moment de son entrée dans le service et durant son hospitalisation. Cela sous entend que l'autonomie du patient est indépendante de la pathologie pour laquelle il est accueilli. L'activité "faire la toilette" est donc générée par une autre cause que l'appartenance à un GHM. L'identification de la cause réelle, "degré de dépendance" du patient permet d'allouer les ressources correspondantes au patient qui les consomme et ainsi de les rendre traçables.

L'identification des causes d'activités permet de faire émerger les spécificités des patients. Elle peut donc être un compromis entre la vision très élargie du médecin pour lequel chaque patient est unique et l'approche simplificatrice des G.H.M³.

Dans la même logique, l'activité permet aussi de décrire les moyens dont on dispose pour l'activité. Suivant la technologie ou le personnel disponibles, la même activité (produisant un output identique) effectuée dans deux établissements différents pourra générer des consommations de ressources différentes. On retombe alors sur la notion de légitimité : l'identification des causes de consommations de ressources sont un moyen de reconnaître les spécificités et donc au système de se légitimer. Elle présente donc la possibilité de s'interroger sur les différences entre les établissements.

2.1.2 L'ABC : une réponse au besoin de traçabilité

Les centres d'analyse regroupent des activités hétérogènes pour lesquelles une seule unité d'œuvre est affectée. En revanche, une activité est un groupement homogène de coûts puisque alloués pour produire un output spécifique. Ce dernier peut donner lieu à des mesures de qualité, de coûts et/ou de délai.

Par exemple,

ACTIVITE	Output	Ressources/coûts	Qualité	Délai
Stérilisation du matériel chirurgical	Lot d'instruments chirurgicaux stériles	Opératrices Autoclaves et accessoires Intégrateurs, énergie	Quantité de lots à re-stériliser	Temps de passage de l'autoclave

Cependant, davantage que la constitution d'un maillage plus fin de la section analytique, la méthode ABC améliore la traçabilité des ressources en diminuant la part de charges indirectes et en introduisant une relation de causalité. L'unité d'œuvre dans les modèles traditionnels n'a

³ un GHM peut regrouper jusqu'à 110 actes chirurgicaux différents

pas de rapport avec les facteurs à l'origine des coûts. En revanche, dans les systèmes basés sur les activités, elle est accompagnée de la mise en évidence de facteurs de causalité.

Ainsi, si on suppose que l'on souhaite imputer l'activité "*stérilisation du matériel*" à l'objet de coûts GHM, on s'interrogera dans un premier temps sur le niveau pour lequel le coût est généré i.e. à la typologie proposée par R. COOPER (1993). Dans le cas de notre exemple, on a un inducteur d'activité de niveau II à savoir une production par lots. Cette typologie permet d'éviter les effets de subventionnement entre produits et donc d'allouer les coûts de manière plus pertinente. Afin d'allouer ensuite le coût de l'activité sur le GHM, il convient d'identifier une relation existante entre l'inducteur et l'objet de coût.

Au delà du simple calcul de coûts, les activités sont aussi un moyen de pilotage puisqu'elles permettent d'identifier les variables liées à la performance qui sont le coût, la qualité et le délai. Par exemple, le fait d'avoir un taux élevé de mauvaise stérilisation peut être causé par des appareils défectueux, des intégrateurs de mauvaise qualité...

De même le délai lié à l'activité de *stérilisation du matériel* semble "fixe" il semble donc qu'il n'y ait pas de levier d'action concernant le délai sur cette activité. Cependant suivant l'horizon stratégique choisi, on peut faire modifier le type d'autoclaves pour améliorer les délais.

Les activités comme base d'un système dans les organisations de santé apparaît comme le moyen de mettre en place un mode de contrôle plus légitime dans une bureaucratie professionnelle. De plus, de par son fonctionnement, il semble fournir un calcul de coûts plus pertinent mais aussi permettre une vision élargie de la performance par l'introduction de facteurs non financiers.

Cependant, cette approche ne fournit qu'une vision statique de l'organisation et ne permet pas de résoudre les problèmes liés aux approches fonctionnalistes. De ce fait, elle peut sembler limiter pour le pilotage de l'organisation.

En effet, l'activité n'est pas isolée et l'atteinte d'un objectif se fait grâce à l'enchaînement de plusieurs activités au sein de l'organisation.

Ainsi, l'objectif premier qui était d'améliorer l'allocation des charges a été dépassé pour développer un nouveau cadre de réflexion autour d'une vision processuelle suivant l'axe horizontal de l'organisation.

2.2 ... à une approche dynamique : les processus

Le cheminement du patient au sein de l'organisation, le processus de décision quant aux soins qui lui sont prodigués sont occultés dans le système actuellement en place. La mise en évidence de la prise en charge réelle du patient ne peut être obtenue que si une vision transversale de l'organisation est disponible. En effet, c'est l'enchaînement des activités qui permet de répondre à un besoin. Cette succession d'activités est appelée un processus. BOUQUIN (1998) le définit comme un ensemble d'actions interdépendantes quant à leur coûts ou leurs conséquences et débouchant sur un résultat commun identifiable.

Le recours aux processus permet de développer une vision plus globale de l'organisation et surtout de mettre en évidence les leviers d'action nécessaires au pilotage en identifiant notamment des facteurs autres que financiers.

2.2.1 *Le processus : une vision transversale de l'organisation*

Le processus trouve son intérêt en tant qu'objet d'analyse à partir de deux observations : le développement de nouveaux métiers transversaux et la nécessité de réorienter les intérêts locaux vers les objectifs globaux de l'organisation en améliorant la communication entre les acteurs afin de limiter les dysfonctionnements -multiplication d'exams identiques pour un même patient-.

La mise en place de nouveaux systèmes tels que l'accréditation et le développement de nouveaux métiers très spécialisés et transversaux à l'organisation comme les ingénieurs qualité ou les médecins gestionnaires montrent la multiplication des interdépendances au sein des organisations. La coordination revêt une importance capitale (MECINORE et al., 1995) et sa maîtrise devient un facteur clé de succès. Selon LORINO (1995) l'approche par les processus est cohérente avec l'approche de qualité totale qui vise à optimiser les relations entre activités et à responsabiliser les divers acteurs. C'est grâce à l'enchaînement d'activités ignorant les limites fonctionnelles que les acteurs vont devoir communiquer. Ceci pourrait permettre de contribuer à faire tomber les barrières organisationnelles et ainsi à réduire les dysfonctionnements.

Dans les méthodes traditionnelles, le service est souvent centre de responsabilités et doit répondre de tout écart relatif à son budget et tenter de le corriger. Ce raisonnement conduit à un effort d'optimisation locale et non globale. Dans cette logique fonctionnelle, les leviers d'actions permettant de gérer sont quasi inexistantes. On ne recherche pas la cause de l'écart, on l'identifie simplement. Les interdépendances fonctionnelles ne sont pas identifiées et par conséquent ne sont pas maîtrisées, il est impossible de savoir si le service pour lequel le problème est constaté en est réellement responsable : celui-ci pouvant se situer plus en amont du processus.

L'établissement dans lequel nous avons été accueillie, développe de manière importante la stomatologie. Pour plus de 90% de ces interventions un instrument stérile appelé *pièce à main* est nécessaire. Or la clinique n'en possède que 5 alors que plus de 20 interventions sont effectuées dans la même journée ; plusieurs stomatologues opérant le même jour. Cet instrument devra donc être lavé et stérilisé plusieurs fois dans la journée. Le service de stérilisation devra donc passer ce produit en urgence dans l'autoclave qui souvent ne sera pas plein ce qui entraîne une surconsommation de ressources. Cependant, celle-ci, bien que comptablement imputée au service de stérilisation n'a pas pour origine le fonctionnement de ce service. L'approche par les processus permet de mettre en évidence la cause du problème à savoir le manque de *pièces à main*. La clinique aura de ce fait le levier d'action sur lequel elle peut agir i.e. acheter des *pièces à main* supplémentaires ou modifier le planning des interventions en stomatologie afin que les différents chirurgiens n'opèrent pas le même jour.

Il semble donc nécessaire de dépasser cette approche fonctionnelle de l'organisation pour favoriser l'atteinte d'objectifs globaux car les processus sont construits autour de la notion de performance globale.

Si les activités correspondent à des actions toujours locales, leur enchaînement peut produire une œuvre globalement viable et cohérente (LORINO et TARONDEAU, 1998).

Par exemple, le processus de "rendez-vous pré-anesthésiques" est composée de plusieurs activités qui permettent de fournir un dossier anesthésique complet concernant le patient. Chaque activité n'étant qu'un maillon dans la construction de l'output final.

La vision en termes de processus permet de s'interroger sur le système mis en place pour produire un résultat.

L'organisation peut être considérée comme un réseau de processus créés pour servir les patients. Chaque acteur aussi en amont qu'il se situe dans le processus est confronté à son output final et à la satisfaction du client destinataire (LORINO, 1995) ce qui contribue à sa responsabilisation.

Il est important de repenser l'organisation dans sa globalité afin d'actionner les leviers pertinents.

Ceci est possible par la mise en évidence de la chaîne concourant à répondre aux besoins exprimés qui permet de partir de l'origine du processus et d'améliorer la communication entre les acteurs responsables.

Cependant, comme tout objet de gestion, les processus nécessitent d'être pilotés pour devenir de plus en plus compétitifs. Ils doivent être coordonnés et optimisés selon les axes de performance (coûts, qualité et délais).

2.2.2 Vers un pilotage de la performance par la valeur

Aujourd'hui la notion de performance évolue et dépend de plusieurs attributs du produit (normes, design, délais, qualité, disponibilité, prix...) qu'il convient d'identifier, attributs que ne prennent pas en compte les systèmes traditionnels (MEVELLEC, 1991). Ce sont eux qui permettent de déterminer la valeur que leur accorde le consommateur et que l'on va pouvoir comparer ensuite aux coûts engagés. La valeur est entendue comme une réponse aux besoins à satisfaire et les coûts peuvent être identifiés comme des charges consommées pour produire les attributs de valeur. C'est à partir de ces notions que LORINO (2001, p19) définit la performance dans l'entreprise comme "tout ce qui et seulement ce qui contribue à améliorer le couple valeur-coût, c'est-à-dire à améliorer la création nette de valeur".

P. MEVELLEC (1991) rejoint cette affirmation en affirmant que la survie de l'entreprise n'est possible que si la valeur créée consomme des ressources à un coût moindre. Il convient dans ce cas de "s'interroger sur la capacité des activités à apporter de la valeur au client". Le nouvel objectif pour les organisations ne se situe plus seulement au niveau de la production mais doit répondre à des besoins réels exprimés par les consommateurs de soins.

Le processus apparaît alors comme un objet d'analyse pertinent puisqu'il permet à l'organisation de gérer ses activités en fonction de ses grandes finalités (LORINO, 1995). C'est l'enchaînement des activités au sein d'un processus qui permet de fournir un output final visant à satisfaire les attentes des patients. C'est donc dans la mise en évidence de processus que s'analyse le mieux la création de valeur. Cette approche sous tend l'identification d'une chaîne de valeur d'un point de vue du consommateur.

L'idée est donc de construire un système d'informations permettant de mettre en évidence le coût des activités nécessaires à l'incorporation des attributs porteurs de valeur pour l'objet de coût ; objet de coût pouvant s'exprimer en réponse à un besoin.

Pour chaque attribut du produit on identifie un enchaînement d'activités. La firme devient un réseau de processus dont chacun crée un panier d'attributs (LEBAS, 1999) ou des fonctionnalités pour reprendre les termes de P. LORINO. On pilote le processus destiné à cet attribut de manière différente suivant qu'il soit ou non porteur de valeur pour le client ; soit en

augmentant ses coûts de manière sélective soit en l'éliminant ou en favorisant une diminution de ressources.

L'identification de la relation entre coûts et valeur permet un pilotage plus avisé et stratégique des coûts puisqu'on introduit d'autres facteurs clés de succès.

Pour KAPLAN (1992), les approches ABC et processus sont complémentaires. En effet, selon l'auteur, les systèmes ABC ne fournissent pas de données directes sur la qualité et les temps de processus mais inversement les autres ne donnent pas de mesure sur la quantité et le coût des ressources.

LORINO (1995) soutient cette affirmation par le fait qu'une représentation à base de processus permet de faire apparaître de nouveaux attributs essentiels à savoir les attentes et délais de réponse. Ceux ci commencent à prendre une importance capitale dans le domaine de la santé comme le montrent les délais d'attente pour certains examens comme les IRM par exemple. Cette variable prend une toute autre dimension dans des pays comme le Royaume-Uni dans lequel les délais pour une opération chirurgicale peuvent approcher l'année. Ceci a conduit les autorités de santé britannique à acheter des lits dans d'autres pays européens comme la France.

Le processus peut donc servir de base à la mise en place de pratiques et d'outils de pilotage. Il permet de développer une nouvelle approche de la performance en introduisant différentes variables correspondant aux nouvelles exigences de marché. Il permet aussi de décloisonner l'organisation et ainsi favoriser l'obtention d'une performance d'ensemble (LORINO, 1995).

Cependant cette approche présente aussi des limites puisque ce choix de gestion est "l'expression d'une vision qui privilégie certaines liaisons et en sacrifie d'autres" (LORINO, 1995).

La représentation de l'organisation à partir des processus permet donc de prendre en compte les trois dimensions de la performance (qualité, coûts délais) à partir d'une vision globale et cohérente.

Conclusion

Le besoin de contrôle dans le domaine de la santé se développe comme le montrent les politiques de régulation. Cependant, dans un secteur où les lobbies et les jeux de pouvoir sont importants, le système de contrôle doit apparaître légitime au regard de ses utilisateurs.

Les modes de contrôle sont différents suivant que l'on se situe du côté du régulateur ou de l'établissement. Le premier privilégie la mise en place de référentiels globaux et minimalistes alors que les seconds ont besoin d'un système de pilotage plus fin. Les outils actuels ne semblent pas appropriés pour répondre à ces attentes du fait de leur manque de légitimité et de pertinence auprès des acteurs aussi bien soignants que gestionnaires.

Les établissements doivent se doter d'outils permettant de mesurer et piloter leur performance par la mise en évidence de leviers d'action. Une gestion par les activités autour des processus apparaît comme une piste de recherche intéressante concernant ce secteur particulier.

Références bibliographiques

- AINSWORTH PENNE (1995), "ABC Overhead Analysis Beats Traditionnal Approach", *The Practical Accountant*, vol. 28 n°7, p49
- BAKER J.J. et BOYD G. F. (1997), "Activity-Based Costing in the Operating Room at Valley View Hospital", *Journal of Health Care Finance*, vol. 24 n°1, pp 1-9
- BAXENDALE S. J. et DORNBUSCH V. (2000), "Activity-Based Costing for a Hospice", *Strategic Finance*, vol. 81 n°9, pp 64--70
- BAXENDALE S. J. (1999), "Activity-Based Costing for a claims Processing Operation", *Society of Chartered Property and Casualty Underwriters Journal*, vol. 52 n°2, pp 84-88
- BESCOS P.L. et MENDOZA C. (1995), "ABC in France", *Management Accounting*, vol. 76 n°10, p33
- BOUQUIN H. (1998), *Le contrôle de gestion*, Presses Universitaires de France, Paris, 4^{ième} éd., 451 pages
- BOUQUIN H. (1997), *Comptabilité de gestion*, Sirey, Paris, 2^{nde} éd., 580 pages
- BRIMSON J. A et ANTOS J. (1994), *Activity-Based Management for Service Industries, Government Entities and Nonprofit Organizations*, John Wiley and Sons, New-York, 239 pages
- CHAN Yee-Ching L. (1993), "Improving Hospital Cost Accounting with Activity-Based Costing", *Health Care Management Review*, vol. 18 n°1, p71
- CLUZE G. (2000), *Proposition d'un outil de contrôle de gestion fondé sur la méthode ABC, une expérimentation dans un établissement de soins privé*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Lyon 3, 425 pages
- COCA E. (1998), *Hôpital silence! Les inégalités entre hôpitaux*, Berger-Levrault, Paris, 459 pages
- COKINS G. (1999), "Why a Traditional Accounting Failing Quality Managers? Activity-Based-Costing is the Solution", *Annual Quality Congress Proceedings*, Milwaukee
- DUBOIS-LEFRERE J. et COCA E. (1992), *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Berger-Levrault, Paris, 351 pages
- FORCIOLI P. (1999), *Le budget de l'hôpital*, Masson, Paris, 178 pages
- HALGAND N. (1995), "Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : la cas hospitalier", *Comptabilité-contrôle-audit*, Tome1 vol. 2, pp24-51
- HALGAND N. (1999), "Contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable", *Cahier de recherche interne IAE de Nantes*, pp122-148
- HALGAND N. (2000), "Calcul des coûts et contrôle budgétaire à l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable", *Communication au XXIème congrès de l'AFC*, Angers, pp122-148
- HOOD C. (1995), "The New Public Management in the 1980s : Variations on a Theme", *Accounting Organizations and Society*, vol. 20, n°2/3, pp 93-109
- KAPLAN R. (1992), "In Defense of Activity-Based-Cost Managementde éléments d'analyse", *Management Accounting*, vol.74 n°5 p58
- LAWSON R. A. (1994), "Activity-Based Costing Systems for Hospitals Management", *The Management Accounting Magazine*, vol. 68 n°5, p31
- LEBAS M. (1995), "Oui, il faut définir la performance", *Revue française de comptabilité*, n°269, pp 66-71

- LEBAS M. (1999), "Which ABC? Accounting Based on Causality rather than Activity-Based-Costing", *European Management Journal*, vol. 17 n°5, pp 501-511
- LORINO P. (1991), *Le contrôle stratégique des coûts, la gestion par les activités*, Dunod, Paris, 212 pages
- LORINO P. (1995), Le déploiement de la valeur par les processus, *Revue française de gestion*, pp 55-71
- LORINO P. et TARONDEAU J.C. (1998), De la stratégie aux processus stratégiques, *Revue française de gestion*, pp 5-17
- LORINO P. (2001), *Méthodes et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences*, 2^{ème} édition, Editions d'Organisation, Paris, 550 pages
- MAHER M. W et MARAIS M.L., (Spring 1998), "A Field Study on the Limitations of Activity-Based-Costing when Resources are Provided on a Joint and Indivisible Basis", *Journal of Accounting Research* n°1 vol.26, pp 129-142
- MECIMORE C.D. et BELL A. T. (1995), "Are we Ready for the Fourth-Generation ABC?", Vol. 76 n° 7, p22
- MEVELLEC P. (1990), *Outils de gestion, la pertinence retrouvée*, Editions Comptables Matesherbes, Paris, 198 pages
- MEVELLEC P. (1994), "Coûts à base d'activités : un succès construit sur un malentendu", *Revue Française de gestion*, pp 20-29
- MEVELLEC P. (1995), "The French Approach to ABC", *Australian Accountant*, vol 65 n°6, p10
- MEVELLEC P. (1995), "La comptabilité à base d'activités, une double question de sens", *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol 1 tome 1, pp 62-80
- PASCAL C. (2000), *Gérer les processus à l'hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Lyon 3, 475 pages
- RAMSEY R. (1994), " Activity-Based Costing for Hospitals", *Hospital and Health Services Administration*, vol. 39 n°3, p385
- REGNARD Y. (1998), "Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques", *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol 1 tome 4, pp 49-67
- ROTH H. P et BORTHICK A. F, (1991), "Are you Distorting Costs by Violating ABC Assumptions?", *Management Accounting*, vol. 73 n°5, p39
- SHARMAN P. (1998), "ABC Systems Architecture", *The Management Accounting Magazine*, vol.72 n°4, pp15-18
- SHERRARD W. R., McEWEN M. et WILLIAMSON J. E. (1997), " Activity-Based Costing : Multiple Lot Size Effect", *Journal of Applied Business Research*, vol.13 n°2, pp 103-107
- TURNEY P. B. B. (1991), *Common Cents: The ABC Performance Breakthrough*, Cost Technology, Hillsboro OR, 393 pages
- UPDA Suneel (1996), "Activity-Based Costing for Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 21 n°3, p83
- WEST T. D. et WEST D. A. (1997), "Applying ABC to Healthcare", *Management Accounting*, vol. 78 n°8, pp22-33
- YANG G. Y. et WU R. C. (1993), "Strategic Costing and ABC", *Management Accounting*, vol. 74 n°11, p33