

Hervé Leteurtre
Michel Vaysse

Les tableaux de bord de gestion hôpitalière

Audit
hôpital

Berger-Levrault

Hervé Letourne et Michel Mayot

Les tableaux de bord
de gestion hospitalière

AUDIT
HÔPITAL

16°V

22181



1891573

65

Hervé Leteurtre et Michel Vaysse

ACN 503876

Les tableaux de bord de gestion hospitalière

AUDIT
HÔPITAL

Berger-Levrault

DL - 4 FEV. 95 01870

*L'introduction et la 2^e partie ont été rédigées par Hervé Leteurtre
La 1^{re} partie et la conclusion ont été rédigées par Michel Vaysse.*

© Berger-Levrault, mai 1994
5, rue Auguste-Comte, 75006 Paris
ISBN : 2-7013-1067-9



Sommaire

	Pages
Introduction	9
1. Utilité et limites des tableaux de bord de gestion	10
2. Typologie des tableaux de bord de gestion	12
3. Méthodologie de la construction des tableaux de bord de gestion	16

Première partie

Tableaux de bord financiers

Chapitre 1 — Tableaux de bord opérationnels	21
1. Organisation du contrôle de gestion	22
<i>L'organigramme</i>	22
<i>Les acteurs</i>	23
2. Choix des indicateurs	25
<i>Les indicateurs financiers</i>	25
<i>Les indicateurs d'activité</i>	27
3. Élaboration des tableaux de bord et suivi d'activité	31
<i>La construction des tableaux</i>	31
<i>Commentaires sur les tableaux nos 1 à 8</i>	34
<i>Le suivi d'activité et les actions correctives</i>	49
Chapitre 2 — Reporting de l'établissement	61
1. Le reporting mensuel	61
<i>Le suivi de la gestion</i>	62
<i>Les éléments bilanciels</i>	78
2. Les autres informations périodiques	94
<i>L'analyse financière</i>	94
<i>L'activité</i>	105

Deuxième Partie
Tableaux de bord sociaux

Chapitre 1 — Gestion des effectifs, des emplois et des compétences	113
1. Structure des effectifs	115
<i>Structure par âges</i>	115
<i>Structure par ancienneté</i>	118
<i>Structure par statuts</i>	119
2. Gestion des emplois et des compétences	123
<i>Gestion des emplois</i>	123
<i>Gestion des compétences et des aptitudes</i>	127
3. Gestion du recrutement	134
<i>Gestion du recrutement en fonction des objectifs de direction générale</i>	134
<i>Manuel de procédure du recrutement</i>	137
<i>Tableaux des coûts d'embauche</i>	138
 Chapitre 2 — Gestion de la formation	141
1. Analyse du plan de formation	141
2. Suivi des départs en formation	145
<i>Analyse globale des départs en formation par service</i>	145
<i>Analyse individuelle des départs en formation par service</i>	149
3. Évaluation des formations	154
<i>Évaluation de la formation par le responsable</i>	154
<i>Évaluation de la formation par l'agent</i>	157
4. Suivi des souhaits de départ en formation	159
 Chapitre 3 — Information et communication interne	161
1. Les enquêtes : l'exemple de la qualité à l'hôpital	161
<i>Enquêtes sur la qualité des soins</i>	164
<i>Enquêtes sur la perception de la qualité des prestations hospitalières</i>	168
<i>Enquêtes sur la qualité du climat social de l'hôpital</i>	173
2. Le journal interne	178
<i>Découpage par services ou par catégories socio-professionnelles</i>	179
<i>Découpage par thèmes</i>	189
<i>Découpage temporel</i>	194
3. Les réunions	196
<i>Évaluation des réunions de service formalisées</i>	196
<i>Évaluation des réunions de direction</i>	201
4. La communication dans la gestion du personnel	203
<i>Intégration des agents nouvellement recrutés</i>	203
<i>Les entretiens non formalisés</i>	205
<i>Examen des incidents critiques</i>	208

	Pages
Chapitre 4 — Climat social	211
1. Dysfonctionnements	211
<i>Les indicateurs de dysfonctionnement</i>	211
2. Relation avec les syndicats	236
<i>Contexte des relations du travail</i>	237
<i>Système d'actions des relations du travail</i>	240
Conclusion	245
Index des tableaux de bord	249
Bibliographie	253
1. Ouvrages	253
2. Articles	253

Le climat social est un concept qui englobe l'ensemble des rapports entre les acteurs de l'entreprise et le fonctionnement de celle-ci.

Il s'agit d'un ensemble de perceptions, d'opinions et d'attitudes qui sont la résultante des interactions entre les personnes qui composent l'entreprise et le fonctionnement de celle-ci. Ces perceptions sont influencées par les interactions entre les personnes et leur environnement professionnel, mais aussi par les interactions entre les personnes elles-mêmes. De toute évidence cette dernière ne constitue pas une opération purement économique de l'entreprise, mais bien une activité qui a des implications pour la gestion hospitalière.

Il n'est pas une entreprise au sens clair qui échappe, en effet, à l'influence des personnes responsables de la qualité des soins dans les hôpitaux. Les chefs d'entreprise le sont de la gestion de l'hôpital des patients.

La gestion des hôpitaux et cliniques doivent faire face à de nombreux défis. L'entreprise de M. Laclet, se doit d'être à l'heure de l'évolution de l'industrie de la santé et de l'assurance. En ce qui concerne la sécurité, il est important de certains personnels soignants que ces derniers soient en sécurité. Il est également nécessaire que les causes d'accidents soient encadrées et que les mesures correctives soient prises pour éviter que les accidents justifiés - malades - comprennent les personnes des services de soins. Les trente-cinq morts de personnes de plus de 60 ans sont un exemple de ce qui peut arriver. Les personnes portant des lunettes ou utilisant des prothèses, voire génératrices de malfunctions, sont également concernées.

Les contraintes réglementaires empêchent ces deux catégories de personnes de porter des lunettes ou des prothèses. Cela rendant nécessaire de délivrer des lunettes à destination de toute personne qui a été en mesure de porter des lunettes. Parmi ces personnes, il existe certaines qui ont des problèmes de santé, mais aussi celles qui ont des difficultés de communication.



Introduction

Les contraintes réelles qu'imposent les contextes économique et social de l'environnement hospitalier contraignent les gestionnaires des hôpitaux et cliniques à concentrer leur action autant sur le pilotage de l'hôpital que sur la définition d'une stratégie cohérente en adéquation avec la planification hospitalière.

Chacun s'accorde à reconnaître que le contexte économique n'a jamais été aussi défavorable aux hôpitaux. Face à la contradiction entre des besoins de santé croissants (dus notamment à la détérioration de l'équilibre démographique français) et la raréfaction des ressources (principalement due à la réduction des rentrées fiscales liée à la baisse de la croissance et au caractère difficilement extensible des prélèvements obligatoires), les établissements de santé — comme l'ensemble des professions de santé — se trouvent contraints de participer à la maîtrise des dépenses sanitaires. De toute évidence, cette dernière ne peut être possible qu'en opérant un suivi microéconomique de l'évolution des variables quantitatives et qualitatives de la gestion hospitalière.

Si l'hôpital n'est pas une entreprise au sens classique du terme, en revanche, ses gestionnaires sont responsables de la gestion des deniers publics comme les chefs d'entreprise le sont de la gestion de l'argent des actionnaires.

Le contexte social des hôpitaux et cliniques paraît tout aussi contraignant. L'hôpital, comme l'entreprise de M. Crozier, se doit d'être à l'écoute des professions de santé qui le composent. Si la période récente de mécontentement de certains personnels soignants est en partie achevée, il est nécessaire de considérer que les causes d'insatisfaction sont encore nombreuses et souvent justifiées : mesures concernant les astreintes des médecins non financées, trente-cinq heures du personnel de nuit non ou incomplètement appliquées, manque de personnel parfois préjudiciable au bon fonctionnement des établissements, voire générateur de dysfonctionnements sociaux internes...

Les contraintes réelles que recouvrent ces deux contextes, économique et social, rendent nécessaires de développer des outils de gestion utilisés par toute entreprise performante en les adaptant aux spécificités des hôpitaux. Parmi ces outils, une place particulière semble devoir être faite aux tableaux de bord de gestion dont l'utilité mais aussi les limites sont à présenter avant d'aborder leur typologie et de décrire la méthodologie de leur construction.

1. Utilité et limites des tableaux de bord de gestion.

Les tableaux de bord de gestion peuvent être définis comme des outils d'information conçus et utilisés à des fins d'action rapide visant à garantir la réalisation des objectifs institutionnels que s'est fixé le gestionnaire hospitalier.

Utilité des tableaux de bord de gestion.

Ainsi définis ces tableaux ont une utilité manifeste et essentielle qui est celle d'informer le décisionnaire sur l'évolution des variables quantitatives et qualitatives qui lui paraissent déterminantes pour l'avenir de l'établissement de santé. Outre ce rôle essentiel, ils apparaissent également comme des stimulants intellectuels et des outils pédagogiques et fédérateurs culturels.

Les tableaux de bord de gestion comme outils d'information et d'aide à la décision. Ils permettent tout d'abord au gestionnaire d'écouter vivre la structure hospitalière dont il a la responsabilité par un suivi d'indicateurs qu'il a considérés comme suffisamment éclairants de l'évolution de l'hôpital. Ainsi sait-il si les critères de réalisation des objectifs de son projet d'établissement sont respectés et, s'ils ne le sont pas, il peut localiser au plus vite l'endroit du dysfonctionnement, son origine ou sa cause. Si un projet d'établissement prévoit, par exemple, une maîtrise des dépenses par activité médicale, des tableaux de bord de gestion simples permettent de suivre celles-ci de manière à isoler rapidement les activités ou les services aux résultats non conformes aux objectifs. De manière similaire, si un projet d'établissement comporte comme objectif d'améliorer les conditions de travail des acteurs hospitaliers, un tableau simple doit permettre de mesurer les écarts, par décision prise et par service, entre l'objectif, son échéancier et la réalité à une période donnée.

Les tableaux de bord de gestion apparaissent également comme des outils d'aide à la décision. Informatifs, ils sont aussi facilitateurs d'actions. Tout d'abord, s'ils sont fiables, ils permettent d'évacuer les biais perceptifs et une grande part de la subjectivité qui préside trop souvent à des décisions de direction qui s'abritent derrière l'intuition du décisionnaire en l'absence d'outils de pilotage valides. Ensuite, ils invitent à une action immédiate dont le sens (sinon la manière d'agir) est dicté par l'indicateur lui-même. Prenons pour exemple un objectif de réduction de l'absentéisme des salariés dans l'hôpital, la localisation des services où il ne décroît pas impose d'intervenir prioritairement à leur niveau, au moins pour rechercher la cause du dysfonctionnement, et, une fois celle-ci trouvée, d'agir sur la (ou les) variable(s) explicative(s).

Les tableaux de bord de gestion comme stimulants intellectuels. Leur construction oblige à une réflexion sur les moyens d'atteindre les objectifs de l'hôpital. Plus les indicateurs sont précis, plus ils renseignent sur les variables à observer et donc sur celles à manipuler pour réussir.

De plus, ces tableaux peuvent se révéler être d'excellents outils de remise en question quant aux pratiques de gestion.

Les tableaux de bord de gestion comme outils pédagogiques et fédérateurs culturels. Ils ont un rôle pédagogique, car l'outil lui-même introduit aux méthodes de gestion. Si l'on prend l'exemple des tableaux de bord de dysfonctionnements sociaux par service, le simple fait de considérer (et d'inclure dans le tableau) le *turn-over* interne comme un dysfonctionnement social doit inciter chaque responsable de service à le surveiller mais aussi à comprendre les raisons d'une variation de ce paramètre.

En matière financière, les contacts au quotidien, induits par la médiatisation du contrôle de gestion, entre les opérationnels et l'ensemble des directions conduisent inéluctablement à une prise de conscience de la stratégie de l'établissement.

En outre, les tableaux de bord de gestion sont éminemment fédérateurs de culture, car ils permettent, par leur construction mais aussi par leur nécessaire homogénéité, de créer un langage commun à partir d'outils partagés autour desquels peut s'organiser une communication non cloisonnée.

Limites des tableaux de bord de gestion.

Toute réflexion et présentation des tableaux de bord de gestion hospitalière seraient malhonnêtes s'il n'était pas envisagé, même succinctement, les limites de cet outil de gestion. Celles-ci sont principalement de deux ordres; elles tiennent tout d'abord au caractère mécaniste de l'outil et, ensuite, à sa relative lourdeur.

Caractère mécaniste des tableaux de bord de gestion. Aussi précis et détaillés qu'ils soient, ils ne renseignent finalement que sur la variable observée. Ils permettent rarement, en première analyse, de découvrir la cause d'un écart entre l'objectif et la réalité découverte.

De plus, sauf à multiplier les immenses tableaux de bord de gestion au risque de réduire leur lisibilité, ils ne permettent pas de croisements féconds entre variables, ni d'analyse multifactorielle sans passer soit par un autre tableau de bord de gestion, soit par un outil de traitement issu des méthodes quantitatives. Ainsi si l'on souhaite faire apparaître une corrélation (fréquente) entre absentéisme, *turn-over* et incidences financières pour un service, il faut souvent utiliser trois tableaux de bord de gestion. Si l'on souhaite étendre cette approche à l'ensemble de l'hôpital pour étudier, à ce niveau, les incidences d'une telle corrélation, on imagine les difficultés d'une telle manipulation.

Dans le domaine financier, la recherche permanente de la corrélation entre l'activité et les charges variables ne doit jamais être généralisée; elle doit tenir compte des types d'activités et, surtout, des habitudes de travail selon les services, lesquelles peuvent différer les effets financiers d'une variation de l'activité, telle la constitution de stocks tampons dans certains services.

Lourdeur relative des tableaux de bord de gestion. Directement consécutives en partie au caractère mécaniste de ces tableaux, leur lourdeur provient de leur multiplicité. La tentation est grande, en effet, de multiplier ces outils qui sont autant de repères du fonctionnement de l'hôpital. Aussi est-il indispensable de limiter le nombre des tableaux de bord de gestion utilisables dans un établissement de santé. Dans le cas contraire, le risque est grand d'assister à une asphyxie du système par manque de temps pour remplir les tableaux et pour les analyser. Une telle situation conduirait au paradoxe d'un hôpital au système d'information si développé que le temps nécessaire à son fonctionnement serait plus important que celui consacré à la réflexion et à l'action...

L'autre cause de la lourdeur d'utilisation des tableaux de bord de gestion est la lenteur de leur production directement proportionnelle à leur nombre et à leur complexité. Ceux dont les données proviennent des circuits comptables sont souvent les plus lents à obtenir.

Tout gestionnaire connaît ou a connu ces énormes tableaux de bord budgétaires ou d'activité médicale qui lui parviennent avec deux mois de décalage entre la réalité décrite et le moment où l'action devient possible après étude de ces tableaux diffusés. L'action est alors ambiguë, car elle s'effectue sur une situation qui a probablement évolué entre-temps...

Aussi paraît-il indispensable d'accepter que les tableaux de bord de gestion n'aient pas pour vocation de recenser toutes les informations nécessaires à la gestion de l'hôpital, mais qu'ils se résument à des outils recueillant les données essentielles à la prise de décision immédiate.

Les lecteurs trouveront dans ce livre des tableaux de bord qu'ils utiliseront et d'autres qu'ils jugeront inutiles pour leur établissement, car un choix est toujours nécessaire et s'effectue en prenant en compte la spécificité de chaque établissement de soins.

2. Typologie des tableaux de bord de gestion.

Les tableaux de bord de gestion peuvent être regroupés par grandes catégories. Sans souci d'exhaustivité, ils sont ici présentés au travers d'une typologie thématique et d'une typologie formelle.

Typologie thématique des tableaux de bord de gestion.

À partir de chaque objectif de gestion, il semble possible de créer un tableau de bord, dès lors que celui-ci paraît utile au gestionnaire pour le suivi de l'activité (et de ses incidences techniques, financières ou humaines) qu'il souhaite observer.

Ce livre aurait pu tout aussi bien s'intéresser aux tableaux de bord de gestion des services logistiques et techniques et à ceux des services de soins *strico sensu*. Mais ne sont présentés que des tableaux de bord financiers et sociaux jugés suffisamment transversaux par les auteurs pour recouvrir, en fait, l'ensemble de l'activité des établissements de santé.

Les tableaux de bord sociaux. Ils apparaissent essentiels lorsque l'on connaît la part prépondérante des ressources humaines tant quantitativement (en pourcentage des budgets d'exploitation des établissements de santé) que qualitativement (la qualité des prestations de soins repose sur celle des matériels mais aussi sur celle des professionnels de santé, qui contribuent aux actes des hôpitaux).

Ces tableaux peuvent concerner les fonctions sociales des hôpitaux et cliniques entendues au sens large, c'est-à-dire incluant les fonctions horizontales et verticales du domaine social.

En premier lieu, les fonctions horizontales peuvent faire l'objet de tableaux de bord sociaux. Tous les aspects de la gestion classique des ressources humaines hospitalières peuvent être envisagés : qu'il s'agisse de la gestion prévisionnelle du personnel et des emplois, garante d'un suivi quantitatif et qualitatif des effectifs, du recrutement et de l'intégration des nouveaux personnels, pour une adéquation entre les besoins de l'établissement hospitalier et les ressources humaines de celui-ci, de la formation des personnels, pour une évolution parallèle entre les besoins de l'établissement de soins et la compétence de ses salariés, ou bien de la gestion des carrières en partie gage de la motivation des personnels, de leur notation et de leurs conditions de travail.

En second lieu, les fonctions verticales sont concernées. Là encore, tous les aspects de la gestion des ressources humaines au sens large sont justiciables de tableaux de bord sociaux tels qu'ils seront présentés dans le corps du livre : qu'il s'agisse des thèmes plus ou moins abstraits de la culture d'établissement, du climat social ou de la communication interne, qui ont des prolongements très concrets en termes de comportements, ou de thèmes plus explicites comme les dysfonctionnements sociaux (absentéisme, *turn-over* interne, *turn-over* externe et grèves) ou bien des relations avec les syndicats, voire la qualité des prestations humaines de soins.

Les tableaux de bord financiers. Au même titre que les tableaux de bord sociaux, la totalité des informations émises par la direction financière couvre l'ensemble des fonctions horizontales sous la forme de tableaux de bord opérationnels comportant des indicateurs financiers et physiques :

- suivi synthétique des charges variables;
- suivi de l'activité;
- suivi détaillé des charges;
- suivi de l'ensemble des charges directes;
- simulations, actualisations.

Les fonctions verticales sont couvertes sous une forme plus condensée de *reporting* périodiques :

- comptes de résultats et annexes;
- activité de l'ensemble de l'établissement;
- surveillance des indicateurs bilanciels (stocks, trésorerie);

- équilibres financiers structurels;
- indicateurs PMSI...

Typologie formelle des tableaux de bord de gestion.

Les tableaux de bord de gestion peuvent aussi être regroupés de manière formelle par types de représentations.

La variété des représentations est une garantie d'absence de lassitude des responsables du recueil des données mais aussi des personnes chargées de leur interprétation et des lecteurs et utilisateurs. La créativité en ce domaine est libre sous la seule réserve de la simplicité et de l'accessibilité des représentations choisies.

Il existe une grande diversité d'outils de recueil des statistiques et de graphiques¹. Seules les représentations les plus classiques ont été retenues dans cet ouvrage, notamment les tableaux à double entrée et les graphiques à coordonnées polaires.

Les tableaux à double entrée. La maîtrise des actions engagées à partir du pilotage des tableaux de bord nécessite la définition d'objectifs, la mise en place d'un système de mesure (financier et quantitatif) et l'animation du processus décisions/actions.

Le système de mesure doit être en phase avec les objectifs, simple, compréhensible, évolutif et incontestable.

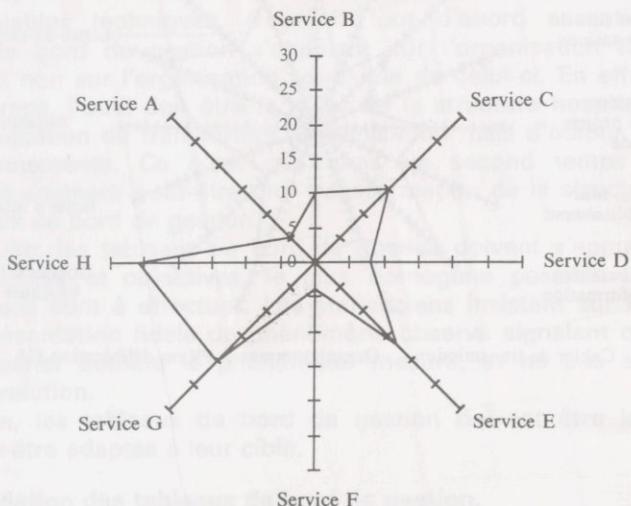
La forme généralement retenue (hors graphiques souvent souhaitables et tableaux multidimensionnels sur supports écrans) est celle de tableaux à double entrée permettant d'introduire la notion de temps et de gérer les implantations géographiques et les différents indicateurs, la comparaison restant la base de toute analyse. Ainsi l'exemple présenté dans le tableau ci-après permet, à partir d'une base 100, de suivre une évolution sur plusieurs exercices tout en comparant deux critères différents.

**Corrélation dépenses médicales/activité
base 100, 1^{er} trimestre 1992**

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
Dépenses médicales				
1992	100	73	72	82
1993	88	72	55	72
Indicateur activité				
1992	100	91	78	99
1993	108	106	85	111

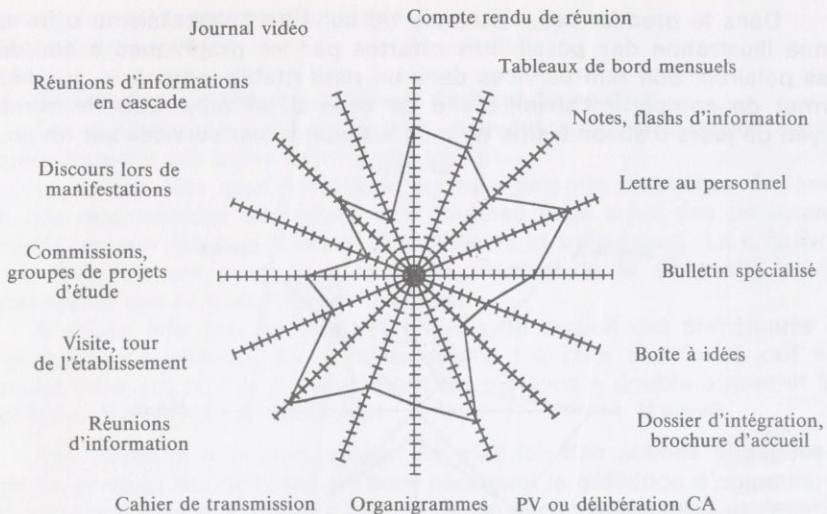
Les graphiques à coordonnées polaires. Ils ont le double avantage d'offrir une représentation comparée de phénomènes identiques pour des services différents ou une représentation comparée de phénomènes différents dès lors qu'ils ont un étalon commun de représentation.

Dans le premier cas, l'exemple du suivi de l'absentéisme offre une bonne illustration des possibilités offertes par les graphiques à coordonnées polaires. Soit huit services dans un petit établissement, le graphique permet de comparer l'absentéisme de ceux-ci en rapportant le nombre moyen de jours d'absentéisme de tous les agents par services sur un an.



Un tel graphique peut être affiné par catégories socio-professionnelles, donner lieu à des comparaisons annuelles... et être, en fait, utilisé à l'infini.

Dans le second cas, l'exemple de la perception des agents sur les vecteurs de communication interne d'un établissement offre une bonne illustration des possibilités d'un tel graphique adapté. Soit seize vecteurs de communication observés à partir d'une graduation de satisfaction commune à tous les vecteurs, il est alors possible de comparer ceux-ci et de les hiérarchiser en termes de satisfaction des salariés.



3. Méthodologie de la construction des tableaux de bord de gestion.

La présentation de la méthodologie de construction des tableaux de bord de gestion suppose que soient abordés les préalables à cette construction et la validation de ces outils de décision.

Préalables à la construction des tableaux de bord de gestion.

Les préalables à la construction des tableaux de bord de gestion sont avant tout humains et techniques.

Préalables humains. L'un des principes de base à la mise en place de tableaux de bord de gestion dans les hôpitaux, comme dans toute entreprise, est que leur construction, et notamment le choix des indicateurs qui servent à les remplir, soit élaborée avec la participation des personnels ou des entités dont ils mesurent l'activité et les résultats.

Cette participation apparaît déterminante aux plans technique et stratégique. Techniquement, les personnels savent orienter les tableaux de bord vers l'essentiel de leurs métiers et vers les variables qu'ils leur semblent nécessaires d'observer. Stratégiquement, des tableaux de bord de gestion élaborés avec les personnels chargés de les remplir sont plus facilement acceptés dans leur utilisation quotidienne.

Ainsi il serait illusoire de créer des tableaux de bord centrés sur l'activité médicale sans associer les médecins à leur élaboration, et ce en montrant de manière très claire en quoi ces derniers, comme les gestionnaires centraux, peuvent trouver de l'intérêt à la saisie et à l'analyse des données recueillies.

Préalables techniques. Il paraît tout d'abord essentiel que les tableaux de bord de gestion s'appuient sur l'organisation existante de l'hôpital, et non sur l'organisation souhaitée de celui-ci. En effet, dans un premier temps, l'outil doit être le reflet de la structure hospitalière. Il n'a pas pour vocation de transformer l'organisation mais d'établir d'éventuels dysfonctionnements. Ce n'est que dans un second temps que cette observation amènera peut-être une transformation de la structure et donc des tableaux de bord de gestion.

Ensuite, les tableaux de bord de gestion doivent s'appuyer sur des données fiables et objectives, le plus homogène possible lorsque des comparaisons sont à effectuer. Les statisticiens insistent sur la nécessité d'une représentation fidèle du phénomène observé signalant que l'indicateur doit varier comme le phénomène mesuré, et ne pas amplifier ou réduire l'évolution.

Enfin, les tableaux de bord de gestion doivent être le plus clair possible et être adaptés à leur cible.

Validation des tableaux de bord de gestion.

La validation des tableaux de bord de gestion s'appuie principalement, là encore, sur des aspects humains et techniques.

Aspects humains. Cette validation doit être réalisée avec les personnels concernés. Elle doit s'assurer que l'objet et l'intérêt des tableaux sont bien compris et admis. Systématiquement, au moins lors de la première analyse, les personnels concernés doivent participer à l'exploitation des données et pouvoir s'exprimer sur les tableaux de bord eux-mêmes (difficulté de saisie de données, critiques de fond sur les indicateurs...).

Aspects techniques. La validation technique, comme la validation humaine, peut s'exercer sur une simulation effectuée à partir de données anciennes. À cette occasion, les principales caractéristiques des tableaux de bord opérationnels évoqués plus haut sont systématiquement testées.

NOTES

1. J. de Guerny *et alii*, *Principes et mise en place du tableau de bord de gestion*, Éditions Delmas, 1984, pages H8 et suivantes.

TABLEAUX DE BORD FINANCIERS

Chapitre 10
Tableaux de bord financiers

10.1 Tableau de bord financier : définition et objectifs

10.2 Tableau de bord financier : éléments d'information

1^{re} partie TABLEAUX DE BORD FINANCIERS

Malgré le point communément admis selon lequel l'objectif principal de l'entreprise est un minimum à établir, l'enseignement des affaires nous indique que les gestionnaires influent directement sur la valeur ajoutée de l'entreprise dans la mesure où leur gestion peut faire évoluer celle-ci. Cependant, il est difficile de décrire des deux termes de manière à ce qu'ils soient compréhensibles pour tous. En effet, la valeur ajoutée n'est pas formelle et la valeur n'est pas toujours aussi simple.

La valeur ajoutée est le résultat de l'ensemble des activités qui contribuent à la production d'une valeur financière efficace d'un tel commerce. Il s'agit donc de toutes les étapes de pilotage en plus structurées, et effectuer les étapes de pilotage. Il est important de ne pas faire de confusion entre la valeur ajoutée et la rentabilité comptable. Bien que nous allons voir le tableau de bord financier intégrer le véritable état comptable au deuxième chapitre, il est important de distinguer ces deux termes.

La valeur ajoutée est le résultat de plusieurs activités pour être générées par l'entreprise. Le tableau de bord opérationnel doit disposer d'informations pour aider les gestionnaires à évaluer précisément jusqu'à quel point le but recherché est atteint et si une amélioration de la performance est nécessaire.

Cela signifie que le tableau de bord doit repérer sur la réalisation à indicateurs multiples et variés et être capable d'évaluer

la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Le tableau de bord opérationnel doit être capable de mesurer la performance de l'entreprise dans diverses dimensions et sous diverses perspectives.

Библиотека
Государственного Университета

Chapitre 1

Tableaux de bord opérationnels

Une entreprise ne peut vivre sans un minimum d'informations tant financières que physiques afin d'orienter sa gestion au sens le plus large. Cela est vrai pour l'échoppe comme pour la multinationale, la différence essentielle résidant dans les besoins à satisfaire et dans la puissance du système d'informations apte à les gérer.

En effet, pour le petit commerçant, le seul réapprovisionnement de ses rayons nécessite un minimum d'analyse, l'encaissement des clients et le paiement des fournisseurs influant directement sur la caisse, outil essentiel d'appréciation de sa gestion; aussi fait-il, sans le savoir, du contrôle de gestion afin de prendre des décisions destinées à assurer la pérennité de son commerce. Bien souvent, ce contrôle n'est pas formalisé et se limite à quelques indicateurs subjectifs et simplistes.

L'expression « contrôle de gestion », issue de l'anglais *management control*, comporte une connotation contraignante qui, pour certains, a conduit à une conception française inefficace d'un tel contrôle.

Dans des entreprises de plus en plus structurées, et afin d'éviter les déviations ci-dessus évoquées, il est impératif de ne pas limiter le contrôle de gestion à la seule dimension comptable, avec pour unique règle le respect du budget. Il doit intégrer la variété et la multiplicité des activités et des exigences de performance.

La base de ce contrôle de gestion ouvert peut être constituée par l'existence de tableaux de bord opérationnels par départements et/ou par centres de responsabilité, en n'oubliant jamais que le but recherché est en permanence d'appuyer une réelle prise de décision.

Ces tableaux doivent reposer sur la définition d'indicateurs multiples et variés dans des domaines diversifiés :

- production
- statistiques d'activité;
- PMSI...
- compétitivité
- attractivité;
- satisfaction de la clientèle...
- financiers
- charges;
- investissements...
- ressources humaines (traitées en seconde partie)

- absentéisme;
- formation;
- recrutement, adaptation à l'emploi...

1. Organisation du contrôle de gestion.

La difficulté majeure est de concevoir un système de contrôle de gestion qui, adapté à l'hôpital, joue le rôle d'animateur en respectant les principes suivants :

- s'adapter à la structure de l'établissement;
- définir les objectifs globaux;
- choisir les responsables des structures et leurs relations;
- définir ensemble les motivations, les synthèses et des plans d'action réalisistes.

L'organigramme.

Respect de la structure en place. Pour concevoir un système d'informations réelles (tableaux de bord) et prévisionnelles (budgets), le contrôleur de gestion (ou bien, pour mieux traduire le terme anglais *controler*, l'animateur de gestion) doit, afin de respecter l'organisation de l'entreprise, s'adapter à la structure pour que chacun puisse se situer dans l'organigramme et également évaluer ses résultats économiques par rapport à ses objectifs, voire par rapport à ses confrères.

- Il existe quatre structures types d'entreprises :
- la structure fonctionnelle;
 - la structure par types de produits;
 - la structure géographique;
 - la structure matricielle.

La structure fonctionnelle, la plus fréquente, est fondée sur la séparation des fonctions (le *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière* en est fortement inspiré : administration, services hôpiliers et techniques, services médico-techniques et cliniques).

La structure par types de produits, pour nos établissements, correspond à une structure départementalisée où chacun de ces départements possède un véritable chef d'entreprise doté de ses propres moyens fonctionnels et logistiques; seule une partie des grandes fonctions administratives restent regroupées autour de la direction générale.

La structure géographique se rencontre plutôt dans les entreprises multinationales, mais elle peut également servir de modèle à certains établissements géographiquement éclatés.

La structure matricielle, très rare, permet de mettre en commun des unités de production pour une durée temporaire.

L'essentiel pour le contrôleur de gestion qui n'a pas à choisir tel ou tel type de structure — ce qui est du ressort de la direction générale —, mais plutôt à s'y adapter est de réussir un style de management reconnu par le plus grand nombre.

Mode d'organisation. Le fondement de son approche en trois phases est parfaitement décrit par H. Bouquin¹.

L'approche bureaucratique. Les objectifs et les règles sont fixés de manière extrêmement centralisée par la direction, les individus devant s'y plier sans tenir compte de leurs propres objectifs.

Le contrôle de gestion est alors une démarche d'exécution permettant de gérer « malgré » les hommes.

Cette approche se retrouve dans la théorie X développée par D. Mac Gregor² qui énonce qu'il y a une incompatibilité définitive entre les objectifs des individus et ceux de l'organisation.

L'approche participative. Les objectifs sont définis par négociation entre les différents acteurs. C'est sur cette base que des méthodes de gestion comme la direction par objectif (DPO) ont été conçues, lesquelles consistent à gérer en fixant à chacun des objectifs d'action. Pour mettre l'accent sur la dimension participative, on parle également de direction participative par objectif (DPPO).

Dans ce cas, le contrôle de gestion permet de gérer « avec » les hommes.

Il s'agit ici de la théorie Y de D. Mac Gregor qui considère que la satisfaction de l'individu est la condition de l'efficacité de son travail.

L'approche culturelle. Cette approche quasi parfaite vers laquelle il faut tendre suppose que le personnel de tous les niveaux partage les buts à long terme de l'entreprise.

Il est toutefois nécessaire que ceux-ci soient clairs et connus de tous. Cela n'est pas souvent le cas dans les établissements de soins, où ils restent indéfinis (absence de réel projet d'établissement) ou connus seulement de la direction, quand ce n'est pas du seul corps médical.

Le partage de l'information ne saurait nuire, même au risque d'une interprétation négative. Il s'agit alors de rester franc et honnête dans sa démarche, ce qui finit toujours par déstabiliser le détracteur.

Dans cette approche, les individus sont amenés à développer un sentiment d'appartenance à long terme à l'entreprise.

Alors, et seulement dans ce dernier cas de figure, le contrôle de gestion gère « pour » les hommes et « avec » eux.

Les acteurs.

La cohérence du système retenu repose en grande partie sur le choix des acteurs et sa maîtrise par le degré de délégation, pas seulement en termes de tâches déléguées mais essentiellement en termes d'association à la gestion et de responsabilité économique (aptitude à engager des coûts et des profits).

Les centres de responsabilité. Le principal support de cette délégation est le centre de responsabilité, unité placée sous la direction d'un responsable qui a reçu de la direction générale une délégation d'autorité en vue d'engager un plan d'action et de réaliser un résultat.

Dans les établissements hospitaliers ou les cliniques, les centres de responsabilité sont de deux natures :

- les centres de responsabilité partielle. Ils comprennent les centres de coûts productifs (ensemble du plateau technique et des services hôteliers et techniques) engageant une responsabilité sur l'ensemble de l'activité de production et les centres de coûts discrétionnaires (administration générale) n'engageant qu'une responsabilité limitée aux seules charges et à la qualité du service;
- les centres de responsabilité globale (services cliniques). Ils engagent une responsabilité à la fois sur les produits, sur les charges et sur un certain niveau des investissements.

Pour les « adeptes » contraints ou volontaires, du *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*, ce dernier rappelle que :

s'il n'y a pas de correspondance universelle au niveau des centres de responsabilité, il y a nécessairement une correspondance spécifique à chaque établissement, qui s'établit entre les activités et les centres de responsabilité; en règle générale, un centre de responsabilité étant un regroupement d'activités.

La difficulté est d'associer les sections d'analyse et les unités fonctionnelles (UF) aux centres de responsabilité. Par exemple, dans une structure chirurgicale, un bloc opératoire sectorisé en UF correspondant aux disciplines doit, par consolidation diversifiée de ces unités, correspondre à une section d'analyse ainsi qu'à un (ou des) centre(s) de responsabilité.

Les managers de ces centres de responsabilité doivent eux-mêmes déléguer, au même titre que les directions générale et financière, en faisant participer leur propre encadrement et un certain nombre de collaborateurs.

Les opérationnels et les fonctionnels. C'est à ce stade du partage que le contrôleur de gestion doit avoir clairement défini quels sont ses interlocuteurs :

- les « opérationnels », plutôt techniques, concourant à une production médicale ou autre. Ils reçoivent des tableaux de bord personnalisés comportant des consommations de services, des charges et des productions d'unités d'œuvre;
- les « fonctionnels », plutôt administratifs, fournissant des moyens (économies, responsables d'achats, chefs de service administratifs). Ils reçoivent une information beaucoup plus agrégée au niveau de l'entreprise comportant des dépenses engagées par nature de charges et des statistiques d'activité sous la forme d'un *reporting*.

Pages

Tableau n° 58. — Processus global de la qualité à l'hôpital	163
Tableau n° 59. — Prestations au malade — Indicateurs de qualité appliqués à deux services de soins à la spécialité identique	166
Tableau n° 60. — Indicateurs de qualité et politique de qualité	167
Tableau n° 61. — Variation des indicateurs de qualité appliqués à un service de soins pour les prestations au malade	170
Tableau n° 62. — Qualité de l'information dans les services de soins	171
Tableau n° 63. — Qualité perçue par les patients — Exemple de deux services de soins à la spécialité identique	172
Tableau n° 64. — Tableau de bord spécifique à un service sur le thème de la prise en charge des patients par les agents de service	174
Tableau n° 65. — Qualité du climat social abordée au travers d'indicateurs de qualité	177
Tableau n° 66. — Qualité du climat social perçue par les agents hospitaliers — Exemple de questionnaire de climat social	180
Tableau n° 67. — Diagramme du climat social par service ou groupe de services	183
Tableau n° 68. — Analyse des apparitions des services dans le journal interne ..	186
Tableau n° 69. — Analyse de la représentation des diverses CSP dans le journal interne	191
Tableau n° 70. — Exemple de représentation des diverses CSP des services de soins dans un journal interne	192
Tableau n° 71. — Exemples de thèmes et d'articles selon les catégories d'informations	193
Tableau n° 72. — Analyse de catégories d'informations apparaissant dans un journal interne	194
Tableau n° 73. — Exemple d'analyse temporelle de l'information publiée dans un journal interne	196
Tableau n° 74. — Évaluation des réunions de service formalisées	200
Tableau n° 75. — Évaluation des réunions de direction	201
Tableau n° 76. — Suivi de l'intégration des agents nouvellement recrutés	204
Tableau n° 77. — Entretiens de suivi de carrière ou de résolution de problèmes ..	207
Tableau n° 78. — Suivi des incidents critiques	209
Tableau n° 79. — Fiche mensuelle individuelle d'absentéisme tenue par le responsable de service	212
Tableau n° 80. — Fiche annuelle individuelle d'absentéisme tenue par le responsable de service	214
Tableau n° 81. — Fiche mensuelle d'absentéisme du service tenue par le responsable de service, conservée par le responsable du personnel	216
Tableau n° 82. — Fiche annuelle de l'absentéisme de l'établissement par mois tenue par le responsable du personnel	220
Tableau n° 83. — Fiche annuelle de l'absentéisme de l'établissement par service tenue par le responsable du personnel	221
Tableau n° 84. — Analyse du <i>turn-over</i> interne	225
Tableau n° 85. — Analyse du <i>turn-over</i> potentiel	228

L E S T A B L E A U X D E B O R D

	Pages
Tableau n° 86. — Analyse du <i>turn-over</i> externe.....	229
Tableau n° 87. — Suivi annuel des accidents du travail par mois dans l'établissement.....	232
Tableau n° 88. — Analyse des accidents du travail par service (ou des incidents qui auraient pu entraîner un arrêt de travail)	234
Tableau n° 89. — Système simplifié des relations du travail dans l'hôpital	235
Tableau n° 90. — Fondements idéologiques et locaux de l'action syndicale à l'hôpital	238
Tableau n° 91. — Poids syndical quantitatif	239
Tableau n° 92. — Cartographie syndicale de l'hôpital	240
Tableau n° 93. — Actions syndicales	241



252