

Cet article a été publié dans le cinquième numéro de la revue spécialisée " **Echos de la gestion hospitalière** », édité en **août 2015** par la Société de Gestion Hospitalière Tunisienne.
Pour plus de renseignements et commander ce numéro, cliquer ici
<https://www.facebook.com/mustaphatoihria/photos/a.213907865292252.69197.213844748631897/1187440347938994/?type=3&theater>

Quand Monsieur Mustapha Toihria m'a proposé d'écrire un article pour la revue de gestion hospitalière tunisienne, j'ai d'abord pensé faire part d'une étude que nous menons actuellement sur le profil des contrôleurs de gestion dans les établissements hospitaliers francophones. Mais à la réflexion, j'ai préféré livrer une vision plus personnelle – et donc moins mesurée – de la situation de cette fonction dans les structures sanitaires. Car en l'espèce, cela n'avance pas beaucoup.

Commençons à expliquer mon sentiment par un bref retour sur mon propre parcours. Je suis contrôleur de gestion depuis 20 ans, spécialisée en milieu hospitalier, tant par ma formation que par les différents postes professionnels que j'ai occupés jusqu'à ce jour. Et cette longue période de pratique, d'expérimentations, de tests, d'observations, d'échanges et de réflexions m'amènent à me poser cette question : finalement, le contrôle de gestion est-il une fonction vraiment utile à l'hôpital ? Bien sûr, ma question est un brin provocatrice et décalée. En tous les cas, aborder la question sous l'angle de son utilité, à tout le moins.

Mais d'abord, c'est quoi un contrôleur de gestion à l'hôpital ?

Au début des années 2000, j'ai eu la chance et l'honneur de faire partie du groupe de travail chargé d'élaborer la fiche métier « Contrôleur de gestion hospitalier », sollicitée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS, devenue aujourd'hui DGOS). Notre groupe a convenu de la définition suivante : il s'agit de « *concevoir, mettre en œuvre des méthodes et des outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources et l'exercice des fonctions de pilotage et de contrôle par le management* ». Ce à quoi s'ajoute « *conseiller les décideurs au regard du développement des activités* ».

De cette définition découlent plusieurs activités possibles parmi lesquelles :

- La conception et la réalisation d'outils et/ou de méthodes spécifiques à son domaine d'activité
- Le conseil aux décideurs hospitaliers (directions, ligne hiérarchique) concernant les choix, les projets et les activités du domaine concerné
- L'élaboration et l'analyse de bilan (comptabilité analytique d'exploitation)
- La gestion et le traitement de données et des informations
- La conception et l'utilisation des outils de pilotage (critères, tableaux de bord, indicateurs)
- L'analyse des données, des tableaux de bord et la justification des résultats et de leurs écarts
- La réalisation d'études, de travaux de synthèse, relatifs à son domaine d'activité
- La rédaction de notes de synthèse
- La conception, la formalisation et l'adaptation de procédures, protocoles, modes opératoires ou consignes relatives à son domaine de compétences etc...

De ces premières lignes, on note la diversité, pour ne pas dire la multiplicité des activités et des interventions possibles pour le contrôle de gestion sans pour autant, concrètement et *a priori*, en voir toutes les possibilités.

Dans la pratique, il est toutefois possible de circonscrire les missions des contrôleurs de gestion hospitaliers autour de six grandes missions :

- 1) L'élaboration et l'utilisation de la comptabilité analytique
- 2) Le maintien et le développement du fichier commun de structure
- 3) La conception et l'utilisation d'outils de gestion et de pilotage, de type indicateurs de suivi et tableaux de bord
- 4) La réalisation d'études, notamment médico-économiques
- 5) L'analyse de données et la communication de résultats
- 6) La promotion du contrôle de gestion et d'un pilotage performant

Ces missions représentent les objectifs les plus fréquemment rencontrés, et s'expliquent aisément par les problématiques de pilotage dans les établissements (maîtriser les coûts, suivre les activités et les dépenses, disposer d'informations pour mieux connaître et décider, développer un dialogue de gestion tant en interne qu'avec les tutelles), mais montrent aussi que même au bout de plusieurs années (presque 20 ans donc), elles représentent une base de départ peu évolutive.

Pourquoi, alors, la question de l'utilité du contrôle de gestion ?

Car voilà : malgré l'identification détaillée de ce que peut être un contrôleur de gestion à l'hôpital, après plusieurs missions d'accompagnement et de développement de cette fonction depuis les années 2000, je fais le constat que ces cadres et experts restent peu nombreux et rencontrent souvent des difficultés, tant pour exprimer leurs missions que pour assurer que leurs travaux sont réellement utilisés.

Bien sûr, il y a eu un accélérateur en 2004, lors de la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A) en court séjour dans les établissements de santé. Une enquête que j'avais menée en 2006-2007 dans le cadre de mon poste à l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine avait mesuré que la moitié des services « Contrôle de gestion » avait été créé après 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif aquitains. Depuis lors, seule l'injonction ministérielle à organiser les hôpitaux publics en pôles d'activité a entraîné la création de postes de « Cadres administratifs de pôle », plus opérationnels, et dont une partie des missions relève du contrôle de gestion.

Mais ces évolutions se sont souvent faites à ressources constantes : alors que les contrôleurs de gestion se trouvaient d'abord dans des directions centralisées type directions des finances, certains d'entre eux ont été, bien sûr souvent par choix délibéré, transférés dans les pôles, sans pour autant être remplacés au niveau central.

Le grand décalage entre le discours national volontariste et la réalité du terrain

D'aucuns sont convaincus de la nécessité de développer le contrôle de gestion (plus exactement les outils de la fonction) dans les établissements tout particulièrement publics. Le Répertoire des Métiers précédemment évoqué identifiait d'ailleurs le métier comme l'un des 9 fonctions émergentes et indispensables au futur des hôpitaux. Tant le Ministère de la Santé que son bras opérationnel des ARS inscrivent et mènent des plans de déploiement de la comptabilité analytique dans les établissements depuis au moins 7 ans. Les agences nationales sous contrat d'objectifs avec le Ministère, comme l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ou l'ATIH (Agence Technique pour l'Information Hospitalière), ont dans leurs missions d'aider les établissements sur ces thématiques et de mettre à disposition des guides et des outils, essentiellement orientés sur les méthodologies, les indicateurs de gestion, de pilotage et de coûts. Des budgets spécifiques, au travers des contrats Performance par exemple, ont même été consacrés à ce sujet.

Ma posture est bien sûr d'être en accord avec cette volonté. Après tout, le secteur ne représente-t-il pas près de la moitié des dépenses de santé en France, pour quelques 80 milliards d'euros annuels et près de 4 000 structures détentrices d'au moins une autorisation d'activité hospitalière ?

Las ! Une simple requête sur LinkedIn (premier réseau social professionnel comptabilisant pas moins de 200 millions de profils au total), avec pour critère « contrôle de gestion », secteur « Hôpitaux et centres de soins » aboutit à ... 775 résultats francophones. Après analyse des parcours et des profils (Est-ce toujours le poste actuel ? L'établissement est-il en France ? etc...), la liste se réduit à 309 résultats, cadres administratifs de pôle compris. Même si LinkedIn n'est pas exhaustif (tous les professionnels ne s'y inscrivent), pour être dans le top 5 des principaux secteurs économiques du pays, l'équipe hospitalière semble bien limitée, quand on sait que 47 000 contrôleurs de gestion francophones tout domaine confondu sont identifiés sur LinkedIn ...

Alors, sans évaluation scientifique ni mesure, seulement à l'aune de ma réflexion et de mes missions et pratiques en établissements, voici quelques pistes qui me semblent expliquer en partie cette situation.

L'impossible comptabilité analytique

Tous les dirigeants hospitaliers, publics et privés, vous le diront : ils veulent connaître leurs coûts. Mais voilà : cette attente légitime et très forte se heurte à des questions conceptuelles non résolues (De quels coûts parle-t-on ? Quels produits hospitaliers doit-on évaluer – repas, séjours, actes ... - ? Les coûts sont-ils réels, complets, constatés, prévisionnels ? ...). Paradoxalement, les décideurs ne savent pas forcément répondre à ces questions, pourtant fondamentales dans la conception des modèles de calcul développés par le contrôleur de gestion.

Amalgamant coûts et dépenses, une incompréhension, parfois teintée d'agacement et de scepticisme, peut s'installer entre les directeurs / chefs de pôle et les contrôleurs de gestion, les premiers ne comprenant pas pourquoi il est si compliqué et long de calculer des coûts, les seconds essayant d'adapter les méthodes globales à leur compréhension des objectifs de leurs décideurs, puis bricolant des traitements manuels puis sous Excel. Les directives françaises privilégiant (pour ne pas dire focalisant) la comptabilité analytiques au travers des comptes de résultat analytiques par pôle accentuent cette perplexité : le contrôle de gestion produit un nombre considérable de tableaux, eux-mêmes composés d'une multitude de chiffres et d'informations, dont le calcul complexe et non stabilisé les rend peu intelligibles et synthétiques. Or, ces travaux peuvent mobiliser jusqu'à la moitié du temps annuel d'un contrôleur de gestion pour un résultat souvent soumis à caution par les destinataires et une prise de décision très faible en fonction des résultats. De mémoire de consultant, je n'ai encore jamais vu restructurer dans le dur un pôle parce qu'il était largement déficitaire.

Car là est un nœud important de cette thématique analytique : en théorie, le calcul et la mesure des coûts ont pour seul objectif d'aider à piloter, et donc à prendre des décisions. La première d'entre elles (et la chargée de cours en école de commerce que je suis l'enseigne) consiste à fixer un tarif de service, de vente ou de prestations. Or en France, les tarifs hospitaliers sont fixés par le Ministère, dans le cadre de la maîtrise des dépenses de l'Assurance-Maladie. Sauf rares exceptions, l'hôpital ne peut pas utiliser ces informations pour déterminer une marge par rapport à ses recettes. La comptabilité analytique perd une grande partie de son sens et de son intention. Certains diront qu'elle est nécessaire pour diminuer les dépenses. Je réponds qu'il n'est pas nécessaire de connaître des coûts des prestations pour contenir ou inverser l'évolution de ses dépenses, d'autant que ces dernières sont pour la grande majorité fixes et de personnel.

Savoir qu'un repas coûte en moyenne 7,50 € n'est pas indispensable pour constater que cette activité dégage une marge négative de 100 000 €, et que cela peut être résolu en économisant 20 000 € d'énergie, 30 000 € d'achats de matières premières et 50 000 € (environ un poste) de frais de personnel. Après tout, l'essentiel est l'équilibre économique et financier global de l'établissement. Encore faut-il que ce type de décision (diminuer les dépenses de restauration de 100 000 €) soit pris ...

Une soi-disant aide à la décision

En corollaire du précédent argument, et pour caricaturer en reprenant une terminologie de conduite de projet, si le contrôle de gestion devait dégager un retour sur investissement, ce dernier serait la prise de (la bonne) décision par les décideurs. Bien entendu (et c'est aussi la dirigeante de société que je suis qui parle), la décision du manager prend en compte plusieurs dimensions : l'évaluation (par les indicateurs, les tableaux de bord, les études), la réglementation et les pressions internes et externes, le benchmarking (Que font nos homologues ? Que préconisent les leaders d'opinion ? Que dit la jurisprudence ?), l'échange (dans les groupes de travail, le coup de fil à un ami, les rencontres professionnelles), le propre désir ou intérêt du patron et ... l'intuition. Le contrôle de gestion fait partie de cet arsenal et ne saurait représenter le Graal du management. A tout le moins, une partie des décisions (et en particulier celles qui contribuent au développement et à la stratégie) devrait en tenir compte.

Or, je ne suis pas convaincue à ce jour de cela. D'abord, parce que les contrôleurs de gestion sont aujourd'hui plutôt dans les pôles et non pas proches des services transversaux et stratégiques, là où se trouve le cœur des décisions. Ensuite, parce que certains choix d'envergure (je pense aux investissements) peuvent encore se faire sans aucune sollicitation de cette expertise. Je me souviens encore de certains projets Hôpital 2007 ou 2012 où l'opportunité impatiente de financement n'a pas permis de mesurer – et cela pouvait pourtant l'être – l'impact des dépenses de titre 4 (amortissements et frais financiers) et des choix de financement disproportionnés, peu réalistes ou inadéquats, qui se sont malheureusement avérés quelques années plus tard, couchés dans la désapprobation de plusieurs rapports de Cours des Comptes.

L'informaticien, inattendu concurrent direct

Enfin, et là n'est pas la moindre des surprises, je m'interroge sur la « concurrence » des profils informaticiens par rapport aux contrôleurs de gestion. En effet, si la fonction n'est pas présente ou sollicitée, les dirigeants disposent néanmoins d'informations. Pour l'activité, le dispositif obligatoire, exhaustif, contrôlé et très majoritairement informatisé du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) peut répondre à bien des questions, y compris fines, tant sur sa propre production que sur celles des autres établissements. Du point de vue des ressources humaines et des dépenses et recettes, tous les établissements disposent d'applicatifs et certains d'entre eux, sous l'inventivité des prestataires qui a permis en quelques années une réelle démocratisation de l'informatique décisionnelle au travers d'outils packagés, ont mis en place cubes et entrepôts de données interrogeables et manipulables par beaucoup. Que pourrait apporter de plus un contrôleur de gestion, cet être singulier qui passe une bonne partie de son temps à extraire des données pour les analyser ? La filière administrative des cadres français, au premier rang desquels les directeurs, puis les attachés, sont particulièrement aptes et formés à analyser des données. Il suffit juste de leur apporter le résultat de la requête ... ce que sait faire un ingénieur informatique à l'écoute de la demande de l'utilisateur.

Bien sûr, cela ne dit pas si la donnée est entièrement de qualité, si il n'y a pas des « pièges », si on peut automatiser pour garder pour les prochaines fois, si on a bien tenu compte des changements d'unités en cours d'exercice ... Mais ces précautions (dans le jargon, on appelle cela les « contrôles » (*sic*)) pèsent-elles suffisamment pour justifier l'emploi d'un contrôleur de gestion, rare, cher et qui devra être renouvelé dans 3 ou 4 ans vu le turnover et les sirènes des autres établissements et secteurs ? Si la présence d'un contrôleur de gestion dans chaque hôpital à partir d'une certaine taille (qui est, de mon point de vue, atteinte à partir de 25 millions d'euros annuels) ne va pas de soi, à l'opposé, aucun dirigeant, cadre ou praticien ne saurait concevoir un hôpital sans informaticien. Et comme ce dernier peut aussi traiter – à sa façon – des données, le besoin peut être comblé en la matière. Cette réflexion m'est apparue lors de notre étude sur les contrôleurs de gestion francophones car, notamment en Belgique et en Suisse, il n'est pas rare que les professionnels occupant de tels postes soient issus de filière informatique ou diplômés dans ce domaine (ce qui est bien moins le cas en France).

Il pourrait y avoir d'autres arguments à cette (supposée) moindre utilité du contrôle de gestion à l'hôpital, comme la difficulté à apporter des réponses sur les prévisions (les outils sont ultra-majoritairement basés sur le passé ou sur le présent en cours), la concurrence salariale des autres secteurs (une étude APEC a récemment montré que le secteur hospitalier est celui qui paye le moins les contrôleurs de gestion, qui choisissent donc d'autres voies notamment les plus experts et seniorisés d'entre eux), l'attractivité négative de certains territoires géographiques où pourtant se trouvent de nombreux établissements de santé, la place des cabinets de conseil pour mener des missions dans ce domaine ... Le lecteur aura compris que ma réflexion, qui devrait conclure à une manifeste inutilité, a été ainsi organisée pour mieux exprimer la nécessité de cette fonction au regard des besoins et des enjeux de l'hôpital. Je suis convaincue que le métier et ses experts ont une place marginale et pourtant indispensable, dans un monde complexe, sous fortes contraintes financières et qui évolue très vite. Mais cela ne sera possible que moyennant des adaptations, tant du côté des managers que des contrôleurs de gestion. Histoire de ne pas rester sur la même longueur d'onde que les 10 années qui viennent de s'écouler et en faire une vraie aide au pilotage hospitalier.

Sources :

Fiche métier « Contrôleur de gestion hospitalier », <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=141>

Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière Française <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

LinkedIn www.linkedin.com

« Enquête contrôle de gestion et comptabilité analytique dans les établissements d'Aquitaine », Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Aquitaine (novembre 2008), <http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/site.nsf>, rubrique « Politique sanitaire »/ « Efficience/contrôle de gestion »/ « Résultats et études »

Posté le 6 novembre 2015 par Nathalie L'Hostis



Pilar est sur Twitter http://www.twitter.com/Pilar_Institute

Pilar est sur Facebook facebook.com/pages/Pilar-Institute/43016771703441

