

MOTS CLÉS

Groupement
de coopération sanitaire
Évaluation
Benchmarking
Définition
Coût
Rôle

dossier

ORGANISATION

Apports et limites du benchmarking

Si la pratique de la coopération entre établissements de santé en vue d'assurer des fonctions techniques et logistiques n'est pas nouvelle dans le paysage sanitaire, elle s'est néanmoins considérablement développée (souvent à marche forcée) ces dernières années. La création d'outils juridiques ad hoc, tel le groupement de coopération sanitaire (GCS), a favorisé ce mouvement. Toutefois la question de la mesure de leurs réels effets économiques se pose régulièrement.

L'objectif de toute démarche de coopération tel que le rappelle le code de la santé publique est « *de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité* » des partenaires. Si la réalisation de cet objectif s'apprécie au regard d'une amélioration qualitative des prestations, elle s'évalue également à l'aune des économies d'échelle attendues. Cette dernière observation explique le souci, pour l'administrateur d'un GCS par exemple, de mesurer le gain d'efficacité généré le cas échéant par sa structure, afin de répondre à la fois aux demandes de ses membres et à celles des autorités de tutelle.

L'étude de benchmarking présentée ici, dont l'objectif est de comparer le coût des prestations d'un GCS de moyens, en valeur absolue et en structure, avec celui des établissements assurant en interne la même fonction, a été réalisée dans le contexte suivant. Le GCS en question a pour objet la stérilisation du matériel médical des établissements (au nombre de sept dont un de statut privé) d'un même territoire de santé. Cette structure de coopération refacture ses charges aux partenaires proportionnellement aux volumes traités, et vient de connaître une augmentation de ses charges (et donc de ses coûts) consécutive à l'extinction de l'accompagnement versée initialement par l'agence régionale de santé (ARS) au titre des trois premières années de fonctionnement.

Une référence : la base d'Angers

Face à cette volonté de comparaison, la question fondamentale est celle du choix de la référence. En la matière, la seule référence existante est la base nationale coordonnée par le CHU d'Angers, qui vise à comparer les différents postes de dépenses des activités médico-techniques et logistiques d'un établissement de santé. La fiche relative à la stérilisation agrège les données de 139 établissements, dont 116 CH et 23 CHU. Cependant, la version la plus récente de la base s'appuie sur des chiffres de 2009 au moment de la réalisation de l'étude en question (second trimestre 2011). Afin de réduire au maximum le décalage temporel, le choix a donc été fait de comparer ces données avec les coûts du GCS constatés sur l'exercice 2008/2009 (hors dotation agence régionale de l'hospitalisation [ARH]), soit la deuxième année de fonctionnement. En effet, certaines dépenses engagées lors de l'exercice initial faussaient les comparaisons.

En vue d'établir le rapprochement entre les coûts du GCS et ceux de la base d'Angers, il convient ensuite de retraiter les coûts du GCS selon la nomenclature de la base d'Angers. Une phase qui s'avère délicate puisque seuls les établissements ayant alimenté la base

Gilles CALMES
Directeur d'hôpital,
adjoint au chef
d'établissement,
CH de Saint-Quentin

Julien KEUNEBROEK
Élève directeur
d'hôpital,
CH de Saint-Quentin

connaissent précisément le contenu de cette nomenclature. Pour autant, cette opération est indispensable pour pouvoir comparer la structure des coûts. En procédant à cet alignement, le résultat fait alors apparaître un coût d'unité d'œuvre de 855 €/m³ pour le GCS, contre 692,60 €/m³ pour la moyenne nationale de la base d'Angers (tableau 1).

ENCADRÉ Le benchmarking, définition

Le benchmarking (étalonnage comparatif ou parangonnage), un concept directement issu du monde industriel où il a émergé dans les années 1980, consiste à analyser les modes de gestion des organisations ou entreprises comparables et à s'inspirer de leurs méthodes pour améliorer ses propres performances.

L'hôpital a comme caractéristique d'être une industrie de main-d'œuvre, de haute technologie, aux processus de production complexes. Dans ce contexte, le benchmarking permet de comparer l'efficacité des processus de production d'un établissement par rapport à d'autres établissements à tailles et gammes d'activités comparables. Ces établissements peuvent être des cliniques privées, les bonnes pratiques ne s'arrêtant pas au secteur public.

Le benchmarking est fortement encouragé par le biais de la base de l'échelle nationale des coûts commune (ENCC), qui permet une comparaison des dépenses des établissements de santé publics et privés et qui est à la base de la fixation annuelle des tarifs du secteur médecine/chirurgie/obstétrique (T2A).

L'efficacité d'une démarche de benchmarking repose notamment sur la qualité des indicateurs employés, qui doivent être simples, fiables, reproductibles et identiques d'une structure à l'autre dans leur définition et leur mode de recueil.

Appréhender les incertitudes méthodologiques

Ce résultat brut semble en première lecture défavorable au GCS objet de l'étude. Pour autant, une lecture plus attentive permet de tirer deux enseignements intéressants en matière de structure des coûts, malgré la conscience de l'existence d'incertitudes méthodologiques interférant inévitablement sur cette dernière.

Premier enseignement relatif aux charges de personnel

Le coût en personnel du GCS, rapporté à la production, est inférieur en valeur absolue au coût moyen constaté dans les établissements de la base (476 € contre 547 €). Le champ des coûts à prendre en compte dans cette rubrique étant peu aléatoire, on peut estimer la comparaison fiable.

Deuxième enseignement relatif aux autres charges

Le GCS présente en revanche deux postes de surcoûts expliquant chacun pour moitié l'écart avec le résultat de la base d'Angers, au niveau des « autres charges directes » et au niveau des amortissements :

» autres charges directes : les coûts du GCS intègrent de manière exhaustive les consommations énergétiques, ainsi que les charges économiques et financières. Sur ce point, et à défaut de précision supplémentaire, il convient de s'interroger sur l'exhaustivité de telles charges recensées dans la base compte tenu de la difficulté légitime pour un établissement assurant en interne sa stérilisation à isoler la part des charges spécifiquement imputables à ce secteur ;

» amortissements : le matériel du GCS n'étant pas amorti en propre puisqu'il est mis à sa disposition par l'un des établissements membres, le coût d'amortissement est en réalité représenté par le coût de la redevance, qui répercute ces amortissements. Ici, l'écart défavorable au GCS peut résulter du caractère récent des investissements (locaux notamment), mais également refléter un surdimensionnement du projet.

Dépasser la référence

Ces conclusions offrent des pistes de réflexion mais demandent à être affinées. Afin de pallier le manque d'outils de comparaison alternatifs et de garantir l'homogénéité des

TABLEAU 1
Coûts au m³

	GCS 2008/2009		Base d'Angers 2009	
	En valeur (€)	En volume (%)	En valeur (€)	En volume (%)
Personnel	475,92	55,64	547,29	79,02
Amortissements	183,15 (redevances)	21,41	84,64	12,22
Autres charges directes	151,88	17,76	38,15	5,51
Charges induites	44,39 (entretien/maintenance)	5,19	42,06	6,07
Total charges	2 319 880,00	100,00		Le total dépasse 100 % : tous les ES n'ont pas répondu toutes les données
Activité (m ³)	2 712,20			
Prix unitaire au m ³	855,38		692,60	

données à exploiter, il a donc été décidé de solliciter directement une quarantaine d'établissements publics de santé, sur la base d'un questionnaire portant sur la taille des équipes, la nature de l'équipement, les horaires de fonctionnement..., accompagné d'une nomenclature des comptes simplifiée. Les réponses devaient bien entendu rester confidentielles en cas de communication externe ultérieure. L'avantage d'un tel type d'enquête est de permettre à son initiateur de fixer lui-même le périmètre du champ d'analyse et la méthodologie qu'il entend appliquer; l'inconvénient est que ce type d'initiative isolée ne recueille pas un taux élevé de réponses. En l'espace d'un mois, cinq réponses ont été obtenues. Parmi elles, trois n'ont pu être exploitées dans les temps: la première ne faisait pas figurer les coûts de personnel, la deuxième ne faisait au contraire figurer que ceux-ci, et la dernière fournissait des données exhaustives mais se fondait sur une unité d'œuvre différente du m³, ce qui impliquait une conversion et ne permettait pas d'établir des comparaisons dans le délai imparti à la réalisation de l'étude. Deux seulement ont donc pu être exploitées: il s'agissait de deux centres hospitaliers généraux, assurant chacun des volumes représentant 50 % de l'activité du GCS étudié (*tableau 2*). L'un de ces centres a accepté de communiquer la synthèse d'un audit de sa fonction stérilisation réalisé deux ans auparavant, gage de fiabilité des données recueillies.

Analyser les paramètres quantitatifs et qualitatifs

Au plan organisationnel, on constate que le délai de rendu du matériel stérilisé est sensiblement raccourci dans les deux CH concernés par l'étude, ce qui est logique compte tenu de la vocation dédiée à l'interne de la structure. Il est toutefois à préciser que le délai opposé par le GCS intègre l'acheminement chez le partenaire (50 kilomètres pour le plus éloigné).

Si les différences observées en termes de volume et de périmètre d'activité ont logiquement des répercussions en matière de coûts de personnel, il est intéressant d'étudier le ratio du volume traité rapporté aux effectifs de production, qui fournit un indicateur de productivité intéressant. À cet égard, le GCS se révèle en position favorable, avec une moyenne de 120 m³ traités annuellement par ETP, contre au mieux 86 m³ dans les deux CH. Au total, le prix unitaire du m³ traité au GCS (hors dotation ARS) se situe au deuxième rang dans ce classement (sous réserve de la prise en compte de l'ensemble des coûts dans les établissements ayant répondu à l'enquête), avec un coût de 918 €/m³, contre 800 € pour l'un des CH et plus de 1 000 € pour l'autre (*tableau 2*).

Conclusion

L'étude de benchmarking pour le GCS concerné fait donc apparaître les enseignements suivants:

- » le prix unitaire du m³ au GCS est plus élevé que dans la base d'Angers, mais de nombreuses incertitudes méthodologiques limitent l'interprétation et invitent à affiner l'étude;
- » la productivité du GCS révèle une structure efficiente, corroborant ainsi le paradigme qui préside à la mise en place d'une telle structure de coopération;

TABLEAU 2
Données comparatives et coûts au m³

	GCS	CHG A	CHG B
Type de structure et volume d'activité			
Type	GCS	Stérilisation centrale	Stérilisation centrale
Volume de production 2010 (m ³)	2 654	1 303	1 326
Moyenne des m ³ traités/jour	10	5	5
Effectifs en personnels			
Encadrement			
Nombre de pharmaciens	1	2	1
Nombre de cadres de santé	1	1	1
Personnel de production			
Effectif de production (ETP)	22	15,1	16,8
Temps de travail quotidien	7 heures 42	7 heures 36	7 heures 40
Coût de l'encadrement (€)	213 109	<i>non connu</i>	107 865
Coût du personnel non médical (€)	1 111 257	<i>non connu</i>	717 872
Total coût personnel (€)	1 324 366	<i>non connu</i>	825 736
Indicateurs de productivité et de coûts			
Volume annuel traité/ETP de production (m ³)	120,6	86,3	78,9
Prix unitaire au m ³ en 2010 (€)	918	800	1 006

» le prix unitaire du m³ au GCS reste pour autant comparable à ceux des CHG assurant la stérilisation en interne, alors qu'il est possible que le coût réel de ces derniers ne soit pas toujours totalement connu;

» le coût de la structure apparaît cependant plus élevé au GCS, en raison de l'investissement relativement récent. C'est également le signe d'un probable surdimensionnement qui peut être pallié par la recherche de nouveaux partenaires-clients, sachant par ailleurs que ces charges d'amortissement vont fortement diminuer à compter de l'exercice 2012.

En définitive, si le benchmarking permet d'accroître la visibilité des acquis et des opportunités de productivité, il doit être dans certaines circonstances éclairé des spécificités propres à chaque situation. Il constitue souvent un point de départ en vue d'adopter de meilleures pratiques d'organisation et ne dispense pas de s'intéresser à la « compétence » de chaque acteur dans le processus étudié. ●