



UFR3S - Université de Lille
Département d'ingénierie et de management de la santé
Master management sectoriel



GALLIER Matthieu

Mémoire de fin d'étude - 2ème année de Master

Master Management Sectoriel

Parcours Management des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Année 2024 - 2025

Exploiter les indicateurs du Tableau de Bord de la Performance issu de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance : état des lieux des pratiques et recommandations

“Comment les ESSMS des secteurs personnes âgées et du handicap exploitent-ils ou pourraient-ils le faire le tableau de bord de la performance de l'ANAP pour leur pilotage interne ?”

Sous la direction du Dr Isabelle Aubert

Membres du jury :

Président du jury : M LAVISSE Etienne, Maître de conférences associé

Directrice de mémoire : Dr AUBERT Isabelle, Maître de conférences

3ème membre du jury : M VERNIER Guillaume, Directeur à L'Arche Lille Métropole

Date de soutenance : 3 juillet 2025



Université de Lille

UFR3S - Faculté d'ingénierie et de management de la santé (ILIS)

42 rue Ambroise Paré - 59120 LOOS

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Aubert pour l'aide précieuse apportée tout au long de la rédaction de ce mémoire. Sa disponibilité, la qualité de son enseignement ainsi que les ressources documentaires transmises ont été déterminantes dans l'avancement de ce travail.

Je remercie également Guillaume Vernier pour son accueil au sein de L'Arche Lille Métropole et pour m'avoir permis de mettre en pratique les possibilités d'exploitation des indicateurs ANAP dans un cadre professionnel. Je le remercie également d'avoir accepté d'être le 3ème membre du jury pour la soutenance de ce mémoire.

Ma gratitude va également à Joséphine Piette, ma tutrice d'apprentissage, pour son accompagnement attentif et son engagement tout au long de mon alternance. Je la remercie également de m'avoir mis en relation avec des directions pour les entretiens. Merci à mes deux encadrants professionnels, qui m'ont transmis leur passion du secteur social et donné l'envie d'y poursuivre mon parcours, et qui ont contribué à faire émerger les questionnements à l'origine de ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Descacq pour ses précieux conseils concernant le contenu et l'objectif final de mon mémoire.

Je remercie sincèrement les directeurs et professionnels des ESSMS qui ont accepté de partager leur expérience lors des entretiens. Leurs témoignages ont tous été d'une grande richesse, tant pour cette recherche que pour ma propre réflexion professionnelle et personnelle.

Un grand merci à mes camarades de promotion qui m'ont mis en relation avec leurs directions respectives, rendant possible la diversité des entretiens réalisés – en témoigne le contenu dense et riche de ce mémoire. Je remercie également Jessica RYCKEBUSCH de m'avoir accordé de son temps et pour m'avoir mis en relation avec deux directions pour les entretiens.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenu, de près ou de loin, dans la construction de ce travail.

Table des matières

Remerciements.....	1
Table des matières.....	1
Introduction.....	2
Cadre théorique.....	7
1. La notion de performance (éléments de définition).....	7
2. La mesure de la performance dans le secteur sanitaire et médico-social : spécificités et exemples.....	12
3. Présentation du TdB de l'ANAP, usages identifiés et problématique.....	18
4. Quelles hypothèses explorer ?.....	29
Méthodologie.....	30
Analyse des résultats.....	37
I. Comprendre les raisons de la faible appropriation des indicateurs par les ESSMS..	38
1. Culture des indicateurs et facteurs d'influence.....	40
2. Limites des usages par les ATC.....	42
3. Limites et critiques du TdB ANAP.....	47
II. Les pistes d'optimisation permettant de capitaliser sur ces indicateurs.....	55
III. Relation managériale et indicateurs.....	67
Préconisations.....	70
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	75
Table des matières.....	80
Acronymes.....	82
Les annexes.....	85

Introduction

Et si une simple corvée administrative devenait le point de départ d'une *gouvernance « data-driven »* dans les secteurs social et médico-social ? Loin d'être anodine, cette étape pourrait marquer les premiers pas vers une gestion pilotée par les données objectives, ouvrant la voie à une transformation profonde et durable dans le secteur.

Pour une bonne gestion et piloter ses projets, chaque entreprise dispose de tableaux de bords. C'est un outil de gestion qui permet de visualiser et de suivre des indicateurs clés de performance d'une organisation ou d'un projet, afin de mesurer l'efficacité des actions et de prendre des décisions éclairées pour atteindre les objectifs fixés. La performance peut prendre plusieurs formes : financière, sociale, environnementale (RSE), ou encore liée aux ressources humaines (RH), comme nous le verrons plus tard.

La question de l'exploitation des indicateurs réclamés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux (ESSMS) - qui est un organe de l'Etat qui aide les établissements médico-sociaux et santé à rester performant globalement - révèle un paradoxe : si le tableau de bord (TdB) de la performance, imposé par les Pouvoirs Publics structure légalement le pilotage des ESSMS pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, ses modalités d'exploitation restent floues. Les textes officiels insistent sur la collecte standardisée de données. Pourtant, les retours d'expérience sur leur valorisation par les ESSMS, les Organismes Gestionnaires (OG) ou les autorités tarifaires (ATC comme l'Agence régionale de santé) ou le conseil départemental) sont rares, voire inexistantes. [1]

On peut donc constater un écart majeur entre l'obligation de renseignement - que l'on peut percevoir comme une corvée administrative - et l'appropriation stratégique pour le pilotage de l'établissement.

L'ANAP, bien qu'elle promeuve des solutions techniques très opérationnelles (logiciels, calendriers de saisie) sur des domaines variés, ici, semble négliger l'apprentissage aux organismes (OG, ESSMS et autorités de tarification) des possibilités d'exploitation des données qu'elle demande de renseigner.

L'objectif clé de ce mémoire est de transformer cette obligation administrative en opportunités pour les ESSMS, en identifiant pour les directions des idées de pratiques permettant d'exploiter au mieux les données de ce tableau de bord pour piloter leur établissement. D'autres objectifs plus ou moins liés au premier apparaîtront comme le style managérial qui découle de cette stratégie d'exploitation des indicateurs. Ou encore les différences d'analyse et d'exploitation qui peuvent exister entre les ESSMS selon le public accueilli, la taille ou le type (privé associatif, lucratif ou public) d'établissement.

Ici, on va se concentrer uniquement sur l'exploitation du TdB et de ses indicateurs pour les établissements (ESSMS) en mettant de côté l'exploitation possible pour les OG ainsi que les ATC.

Pour mieux cerner le périmètre de l'étude, rappelons que l'action sociale et médico-sociale régissant regroupe un ensemble d'actions (éducatives, médico éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation) qui vont contribuer à aider les publics dits fragiles, à savoir les personnes âgées et handicapées." (page 127) [2] S'ajoutent aussi d'autres spécialités comme la protection de l'enfance, l'addictologie, l'insertion sociale, etc... Le mémoire portera spécifiquement sur le secteur handicap et des personnes âgées car le tableau de bord de l'ANAP ne s'adresse qu'à ces structures accueillant ce type de public.

Les ESSMS délivrent une mission d'intérêt général financée par des fonds publics au travers des autorités de tutelle comme l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département.

Selon l'article L. 311-1 du CASF, les établissements doivent garantir aux usagers des droits fondamentaux comme la dignité, la sécurité, la confidentialité ou encore la liberté d'expression. [3]

Le cadre légal et réglementaire des ESSMS repose sur plusieurs lois fondamentales qui visent à garantir la qualité des services et le respect des droits des usagers. La loi 2002-2, qui rénove l'action sociale et médico-sociale, a introduit des principes essentiels tels que la bientraitance, la personnalisation des parcours et la participation des personnes accueillies.

La loi 2015-1776 d'adaptation de la société au vieillissement met quant à elle l'accent sur l'autonomie des personnes âgées. Elle favorise le maintien à domicile et améliore

l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, tout en renforçant les droits des personnes âgées et de leurs aidants.

L'ANAP joue un rôle dans la mise en œuvre de ces lois. Elle intervient pour piloter la performance des ESSMS en accompagnant les établissements dans l'amélioration de leurs pratiques et en développant des outils et des méthodes pour optimiser la gestion et l'organisation des services. L'ANAP promeut une culture de la qualité et de la sécurité des soins, contribuant ainsi à l'amélioration continue des services rendus aux usagers.

Autrefois centré sur les moyens engagés (ex. : nombre de professionnels, de lits, etc.), le secteur commence légèrement à évoluer vers une culture du résultat. (page 22) [4]. Cela signifie que l'attention est portée sur les effets concrets des actions menées pour les usagers : amélioration de l'autonomie, qualité de vie, pertinence des accompagnements, etc.

Il est donc clair que la recherche d'efficience et de résultat constitue un objectif central des autorités dans le pilotage des ESSMS. Les Autorités de tarification et de contrôles (ATC) telles que le Département, l'ARS, la CPAM, etc... doivent s'inscrire dans une logique de planification pluriannuelle pour la santé ou les solidarités. Cela passe par l'élaboration de plans et de schémas structurants comme le Projet Régional de Santé (PRS):

C'est un document stratégique qui définit, pour une région donnée, les priorités de santé publique, d'organisation des soins et de développement des établissements de santé et médico-sociaux, en cohérence avec les besoins de la population et les ressources disponibles. Celui des Hauts-de-France de 2018-2023 souligne que "la recherche d'efficience et de performance est un levier majeur d'optimisation de l'offre médico-sociale" (page 140) [5].

Le schéma des solidarités du département du Nord, qui a le même fonctionnement que le PRS sauf qu'il ne concerne que l'aspect social (et non médical), s'inscrit dans la même dynamique en affirmant l'objectif de "développer les partages d'information, les actions de recherche et l'analyse de pratiques à visée décisionnelle" (page 59) [6], ce qui justifie la mise en place d'indicateurs de performance harmonisés pour améliorer la comparabilité des structures et éclairer la décision publique, même si les indicateurs de l'ANAP n'y sont pas explicitement mentionnés.

Le SRS (Schéma Régional de Santé) est un document de planification stratégique qui détermine, à l'échelle régionale, les priorités en matière de santé publique, d'organisation des soins, et de répartition des équipements et services de santé, afin de répondre aux besoins spécifiques de la population tout en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. De son côté, celui de 2018-2023 des Hauts de France précise qu'il convient de "veiller à la soutenabilité financière des investissements et projets des établissements de santé (ES) et ESSMS" (page 135) [7], ce qui traduit, sous un autre angle, la même volonté de concilier performance, rationalité économique et pilotage par des indicateurs partagés.

Cette volonté institutionnelle de promouvoir l'efficacité et la performance dans les ESSMS s'est traduite par la mise en place d'outils concrets portés par des structures dédiées, au premier rang desquelles figure l'ANAP.

Créée en 2009, issue de la fusion de plusieurs organismes d'appui — la MAINH (2003), la MEAH (2003) et le GMSIH (2000) [8], l'ANAP est un groupement d'intérêt public réunissant l'Etat, les agences nationales de santé et les fédérations représentatives du secteur médico-social et du sanitaire. Elle mobilise une équipe de 96 collaborateurs issus des secteurs public et privé [9]. Sa mission principale est "d'accompagner les établissements de santé et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance, en leur fournissant des outils méthodologiques et des recommandations adaptées" [10].

Fonctionnant en mode projet, l'ANAP travaille en lien étroit avec les ARS, les conseils départementaux et les professionnels de terrain [9].

Son contrat d'objectifs et de performance (COP) 2022-2026 [11] précise son champ de travail : ressources humaines, numérique, investissement, transition écologique, logique territoriale, et performance interne, à travers notamment "l'accompagnement des fonctions logistiques, financières et des prises en charge". C'est dans ce dernier cadre qu'a progressivement été déployé en 2015 le tableau de bord de la performance dans les ESSMS, objet du présent travail de recherche.

Au-delà de cet accompagnement, l'ANAP joue aussi un rôle "d'évaluation des résultats des missions que l'État délègue aux acteurs associatifs et privés du secteur médico-social" (page 131) [2].

Afin de mieux comprendre comment la performance peut être mesurée et optimisée dans le secteur médico-social, il convient de s'intéresser aux théories et modèles qui en ont façonné l'approche contemporaine. La performance, au-delà de sa dimension économique, revêt un caractère multifacette qui nécessite une vision globale intégrant à la fois les aspects qualitatifs et quantitatifs.

Parmi les outils les plus influents dans ce domaine, le Balanced Scorecard (BSC) de Kaplan et Norton se distingue comme un cadre conceptuel permettant de mesurer la performance organisationnelle de manière équilibrée, en tenant compte non seulement des résultats financiers, mais également des processus internes, de l'apprentissage et de la satisfaction des parties prenantes. Ce modèle, en offrant une approche systémique, est en principe d'une grande pertinence pour le secteur des ESSMS, où les indicateurs de performance doivent souvent concilier d'autres objectifs que ceux relevant des finances.

C'est d'ailleurs dans cette logique que l'ANAP s'est appuyée sur les principes fondateurs du BSC pour élaborer, le tableau de bord de la performance des ESSMS, en cherchant à structurer une lecture multidimensionnelle de la performance dans ces établissements. C'est un tableau de bord qui contient 43 indicateurs répartis en 4 axes : Finances & matériels, Ressources humaines, Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes et le dernier nommé « Objectifs » comprenant des indicateurs liés au degré de maturité du système d'information et de développement durable. Si aujourd'hui, c'est un tableau de bord reconnu dans les secteurs du handicap et des personnes âgées, il est logique de se demander comment est-ce que ces derniers exploitent-ils ou pourraient-ils le faire le tableau de bord de la performance de l'ANAP pour leur pilotage interne ?

Afin de répondre à cette problématique, ce travail sera construit en plusieurs parties. Une première qui présentera le concept théorique du tableau de bord et de la notion de la performance notamment appliqués au secteur sanitaire et médico-social. Dans un second temps nous présenterons les résultats et l'analyse du travail réalisé pour connaître les exploitations possibles du tableau de bord. Ce travail se termine par des préconisations à destination du gestionnaire pilotant le tableau de bord de la performance ainsi que pour les directions d'ESSMS.

Cadre théorique

1. La notion de performance (éléments de définition)

a. approche générale

La performance est un concept central dans la gestion des organisations, mais elle ne fait pas l'objet d'une définition unique. En effet, comme le souligne Issor, « la performance est un concept couramment utilisé dans la littérature et dans les milieux organisationnels, mais c'est une notion qui ne présente pas de définition précise. Celle-ci varie en fonction de l'objectif visé, de la perspective d'analyse choisie ainsi que du champ d'intérêt de son utilisateur (Issor, 2017, p. 4) » (page 64) [12].

Selon Gilbert (1980), la notion de performance est multidimensionnelle et se situe au cœur d'un triangle composé des objectifs, des résultats et des moyens. Ce modèle, connu sous le nom de "triangle de la performance", met en lumière l'importance de l'alignement entre ces trois éléments pour atteindre une performance optimale [13].

L'efficacité, qui est le rapport entre les objectifs et les résultats obtenus, est un aspect crucial de ce modèle. Elle mesure la capacité de l'organisation à atteindre ses objectifs fixés. L'efficience, quant à elle, évalue la manière dont les ressources sont utilisées pour atteindre ces résultats, en minimisant les coûts et les moyens. Enfin, la pertinence des moyens utilisés pour atteindre les objectifs est également un facteur déterminant dans ce modèle.

Gilbert souligne que la performance ne se limite pas à une simple mesure financière, mais intègre également des dimensions sociales, économiques et politiques. La performance est donc relative et dépendante du contexte, nécessitant une adaptation constante des stratégies et des moyens pour répondre aux besoins changeants des parties prenantes.

Cette approche fait émerger deux enjeux majeurs pour la mesure de la performance : la nécessité de disposer d'indicateurs capables de refléter la diversité des dimensions de la performance, et celle d'éviter une lecture trop standardisée ou générique, inadaptée à la spécificité de chaque organisation et de son environnement.

D'autres travaux ont montré que la performance est un concept complexe, relatif et dépendant du modèle d'analyse retenu. "Le concept de performance n'est pas compris de la même manière par tout le monde. Chaque conception reflète une compréhension particulière du fonctionnement des organisations (Sicotte et al., 1998)" (page 130). Ainsi, dans le modèle rationnel, la performance est définie comme l'atteinte des buts (Price, 1972), tandis que dans le modèle d'acquisition des ressources, elle réside dans la capacité d'adaptation et d'innovation (Yuchtman & Seashore, 1967). Cette pluralité de points de vue conduit à considérer la performance comme un construit « multidimensionnel, paradoxal et contingent » (page 130), qui exige des organisations qu'elles remplissent quatre fonctions majeures : atteindre des objectifs légitimes, s'adapter à leur environnement, produire avec qualité, et maintenir ou créer des valeurs [15].

Plusieurs approches ont tenté de concilier mesure et pilotage, qu'il s'agisse de modèles classiques (Anthony, 1965, 1988) ou de dispositifs plus organisationnels (Simons, 1990, 1995). Des auteurs comme Savall, Bouquin ou Sponem ont ensuite approfondi l'idée de systèmes de pilotage au-delà du simple budget, en s'appuyant sur des outils comme le tableau de bord ou le Balanced Scorecard dans l'objectif de "traduire la mission et la stratégie de l'entreprise en un ensemble d'indicateurs de performance qui constituent la base d'un système de pilotage de la stratégie" (Kaplan & Norton, 1996) » (page 129) [15].

Dans cette logique, le Balanced Scorecard (BSC) élaboré par Kaplan et Norton constitue une réponse structurée à la nécessité de penser la performance de façon globale, intégrée et stratégique.

b. Vision de la performance dans le cadre du BSC

Définition & avantages

L'approche du Balanced Scorecard (BSC), développée par Robert S. Kaplan et David P. Norton en 1992, marque une rupture significative dans la manière d'appréhender la performance organisationnelle. Comme le soulignent les auteurs, "Les mesures permettent d'orienter l'avenir" (page 102) [16]. Cette assertion illustre l'importance accordée à la mesure comme fondement du pilotage stratégique.

Initialement présenté dans la Harvard Business Review, le BSC est né d'une étude menée auprès de douze entreprises considérées comme "à la pointe de la mesure de la performance" [17].

Rapidement, ce modèle s'est imposé comme une référence, se diffusant largement "dans tous les secteurs industriels, des industries manufacturières aux services, des grandes entreprises aux petites entreprises, et des projets publics aux projets privés" [18].

"Il apparaît que la méthode du BSC de Kaplan et Norton s'inspire du modèle de prise de décision de Simon qui s'articule autour de quatre phases: intelligence du problème, conception, choix d'une solution, implantation évaluation de la solution" [19]

Contrairement aux outils traditionnels focalisés sur les indicateurs financiers, le BSC propose une vision équilibrée en intégrant quatre perspectives interdépendantes : financière, client, processus internes, et apprentissage/innovation [20]. Cette structure répond à quatre questions fondamentales : "Comment les clients nous voient-ils ?", "Dans quoi devons-nous exceller ?", "Pouvons-nous continuer à nous améliorer et à créer de la valeur ?", et "Comment percevons-nous nos actionnaires ?" (Kaplan et Norton, 1992). En combinant ces dimensions, le BSC dépasse la logique du court terme financier pour intégrer des facteurs clés de création de valeur à long terme, tels que la satisfaction client ou l'innovation [17].

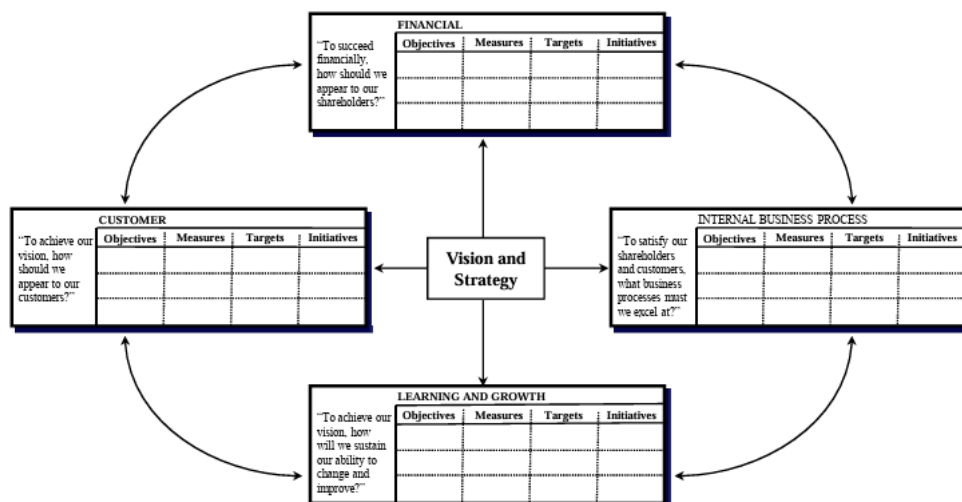


Figure 1 : Les 4 axes stratégiques pour la performance [A]

L'une des forces du BSC réside dans sa capacité à éviter la "sous-optimisation" des axes au profit d'un autre [21]. En obligeant les dirigeants à sélectionner "les quelques mesures les plus critiques" pour chaque perspective, il favorise une gestion équilibrée et cohérente avec la stratégie globale. Par exemple, si la perspective financière peut inclure le "retour sur capital investi", la perspective client mettra l'accent sur des indicateurs comme "la satisfaction client" ou la fidélisation. Cette approche permet de relier les performances opérationnelles aux résultats financiers futurs, répondant ainsi aux attentes des actionnaires tout en renforçant la compétitivité globale de l'entreprise. [17]

Le BSC s'inscrit en opposition aux modèles classiques, souvent accusés de privilégier une vision rétrospective et comptable. En introduisant des indicateurs prospectifs et intangibles (portant par exemple sur les compétences organisationnelles ou la qualité des processus), il permet aux entreprises de mieux anticiper les enjeux futurs. De plus, sa simplicité et sa clarté en font un outil efficace pour communiquer la stratégie à tous les niveaux de l'organisation.

En conclusion, le BSC représente bien plus qu'un simple tableau de bord : c'est un cadre stratégique qui favorise l'alignement entre les objectifs opérationnels et la vision globale de l'entreprise. Comme le soulignent Kaplan et Norton, cette méthode s'inscrit dans une logique d'"amélioration continue et de responsabilisation des équipes", reflétant ainsi l'évolution des pratiques managériales vers une gestion plus intégrée et performante.

Les limites

Kaplan et Norton ont proposé, dès 1992, une nouvelle approche du pilotage de la performance avec le Balanced Scorecard (BSC), mais la critique principale du modèle est le fait qu'on reste sur une logique finalisée sur les résultats financiers [22]. Cependant, comme Kaplan & Norton l'affirment : "Les affirmations selon lesquelles les mesures financières ne sont pas nécessaires sont fausses". Ils défendent l'idée qu'"un système de contrôle financier bien conçu peut en réalité améliorer plutôt qu'inhiber le programme de gestion de la qualité totale d'une organisation" et insistent sur le "lien présumé entre l'amélioration des performances opérationnelles et la réussite financière" [17].

Par ailleurs, cette démarche s'inscrit dans une approche normative et descendante, en opposition à la logique constructiviste de Simons [23]. La stratégie est conçue exclusivement par l'encadrement supérieur et déployée ensuite à tous les niveaux de

l'organisation via un processus hiérarchique top-down [18]. Une telle conception peut poser question en matière d'engagement et de motivation des collaborateurs, peu impliqués dans les choix stratégiques [24].

Par ailleurs, la structuration du BSC autour de quatre catégories peut limiter la vision globale de l'organisation. En effet, "en pratique, le BSC concentre les ressources pour atteindre ses objectifs, ce qui entraîne une sous-utilisation du potentiel de l'organisation au-delà des cibles du BSC" (page 98). Cela questionne l'ouverture à d'autres dimensions de la performance, notamment sociales et environnementales, de plus en plus centrales dans les démarches RSE. Le modèle semble devoir évoluer pour intégrer durablement ces nouvelles préoccupations [18].

Dans cette optique, il est crucial d'envisager une adaptation du BSC aux défis futurs, qu'ils soient liés au développement durable (via, par exemple, le Sustainable Balanced Scorecard) ou à l'intégration des nouvelles technologies telles que l'intelligence artificielle ou, pourquoi pas, la blockchain [25].

Malgré sa puissance conceptuelle, le BSC ne garantit pas la pertinence stratégique. Kaplan et Norton eux-mêmes reconnaissent que "le tableau de bord équilibré ne peut que traduire la stratégie d'une entreprise en objectifs spécifiques mesurables" et que "même un excellent ensemble de mesures du tableau de bord équilibré ne garantit pas une stratégie gagnante". Cette lucidité ouvre la voie à d'autres modèles comme le Navigator de Skandia ou le Monitor de Sveiby, qui mettent davantage l'accent sur les actifs immatériels et les approches qualitatives [17].

De même, Fernandez propose la méthode GIMSI, en réponse aux limites du BSC, notamment son manque de flexibilité et son approche descendante. Pour Eriksson et al. (2003), bien que Kaplan et Norton valorisent l'innovation, le BSC peut en réalité freiner l'innovation et l'adaptation dans des environnements instables. "Il entrave également l'innovation inter-organisationnelle, perçoit l'organisation comme ayant des structures hiérarchiques, des responsabilités clairement définies et des relations de cause à effet linéaires, et favorise une innovation fermée" (page 98) [18].

Face à ces critiques, certains auteurs (Naro, Travaillé, 2010 ; Norreklit, 2000) ont proposé une utilisation du BSC comme outil interactif de co-construction stratégique. "À l'opposé de cette approche top-down originelle du BSC, [...] le tableau de bord (TdB) ne constitue

plus un modèle imposé de la performance mais il émerge d'un travail collectif de détermination de la stratégie et des leviers d'action qui permettent son pilotage". (page 95) Le modèle peut ainsi s'inscrire dans une logique participative, à condition que le management et la méthodologie s'adaptent à ce paradigme [26].

Enfin, des institutions comme l'ANAP ont tenté de dépasser les limites du BSC en y intégrant des objectifs RSE ou liés au système d'information, démontrant qu'une évolution du modèle est non seulement possible, mais nécessaire pour répondre aux enjeux contemporains. Cependant, les autres limites existent toujours et rien n'a été réalisé pour les pallier dans le tableau de bord de la performance de l'ANAP pour les ESSMS comme nous le verrons par la suite. Mais avant cela, nous allons nous intéresser à l'application concrète du modèle BSC au sein du secteur sanitaire et médico-social.

2. La mesure de la performance dans le secteur sanitaire et médico-social : spécificités et exemples

a. Spécificités

"Le secteur hospitalier public doit répondre à une performance globale qui est, par nature, multidimensionnelle". (page 129). [14] Cette complexité est liée à la double logique qui coexiste dans les établissements : une logique médicale centrée sur le soin, et une logique administrative tournée vers la gestion et l'efficacité économique. Ces organisations, comme le médico-social, doivent également relever des défis démographiques (vieillesse de la population) et répondre à des exigences de qualité de soins de plus en plus importantes.

"Le problème de ces organisations est encore une fois double : légitimer leur existence auprès des tutelles pour être pérennisées et piloter leur action" (page 94). Dès lors, elles ont "besoin d'outils qui permettent de faire émerger une stratégie « accessible » au niveau opérationnel et d'évaluer la mise en œuvre de cette stratégie" (page 94). C'est dans ce cadre qu'une étude a été menée en France pour déployer un Balanced Scorecard (BSC) dans un centre hospitalier, en se concentrant sur les équipes mobiles de gériatrie. Ces dernières, en quête de pérennisation, doivent démontrer leur efficacité à travers des indicateurs clairs et adaptés à leurs spécificités. Le BSC a ainsi été mobilisé comme un outil de pilotage global, permettant d'aligner leurs actions sur une stratégie explicite et

mesurable. [26] Nobre (2004-2009) souligne que cette capacité du BSC à combiner plusieurs dimensions de performance en fait un outil particulièrement pertinent dans le secteur hospitalier.

Cependant, l'application du BSC dans ce secteur reste controversée. "Les limites de cette approche sont particulièrement importantes dans le secteur hospitalier (Aidemark, 2001), notamment en raison d'une structure organisationnelle marquée par un contrôle ambivalent (Nobre, 1999) et des logiques claniques (Halgand, 2003), mais aussi d'une finalité qui n'est pas exclusivement financière" (page 95). De plus, des critiques sur la validité des liens de cause à effet proposés par le BSC (entre les perspectives client et financière, par exemple) interrogent directement la capacité de ce modèle à refléter la réalité hospitalière [26].

Dans ce contexte, "la fonction contrôle de gestion à l'hôpital connaît une profonde mutation depuis quelques années. Au contrôle rétrospectif et budgétaire, fondé avant tout sur une logique de moyens, est en train de se substituer une nouvelle forme de contrôle, beaucoup plus orientée vers le pilotage de la performance". Cela illustre une volonté de se doter d'outils prospectifs, mieux adaptés à la complexité du pilotage des établissements hospitaliers qui devront aller dépasser les limites du BSC comme présentées par les auteurs ci-dessus [27].

Concernant les établissements médico-sociaux (personnes âgées – PA, et personnes handicapées – PH), le constat est plus critique encore. En l'état actuel, il n'existe pas de véritable outil de pilotage, à l'exception du tableau de bord proposé par l'ANAP. Contrairement à la tarification à l'activité (T2A) qui modélise la prise en charge sanitaire via des groupes homogènes de malades, le médico-social souffre d'un manque de dispositifs équivalents [2]. Le programme SERAPHIN PH vise à combler partiellement ce vide, mais il n'est pas encore déployé à grande échelle et c'est un programme ne s'appliquant qu'au secteur handicap. Pour les personnes âgées, nous connaissons les premières études en contrôle de coûts selon le niveau de dépendance du public accueilli (le girage via la grille GIR) via les études nationales de coûts (ENC) mais cela ne reste que les prémisses d'un changement.

Cela s'explique par la difficulté à normaliser les processus dans ce secteur, où la méconnaissance du processus de transformation (passer d'un besoin de prestation d'accompagnement aux soins, éducatif à la réalisation de l'acte en question) est marquée

(Ouchi, 1977 ; Hofstede, 1981 ; Merchant, 1982). Comme l'écrit Hofstede (1981). La méconnaissance du processus de transformation complique l'allocation des ressources : si l'on ne peut prédire un résultat à partir d'un niveau de ressource donné, l'allocation devient subjective et les indicateurs de performance sont peu mobilisés, restant cantonnés à une logique de moyens [2].

Dès lors, on peut légitimement s'interroger : que peut réellement apporter le BSC dans ce contexte ? Même s'il introduit une approche multidimensionnelle de la performance, il reste limité à quatre axes, ce qui peut paraître restrictif dans un environnement où les dimensions sociales, humaines sont fondamentales.

Enfin, le secteur social et médico-social s'avère peu propice à la normalisation, rendant difficile l'application directe d'outils comme le BSC, sauf à procéder à d'importantes adaptations. Cette nécessité de personnalisation limite la transférabilité des modèles standards, soulignant l'enjeu d'une plus grande flexibilité dans les outils de pilotage à venir.

b. Exemples de mesure de la performance

Les établissements de santé

L'étude de cas de l'Hôpital pour enfants de Duke présentée par Kaplan et Norton (2001) illustre que l'approche BSC peut être adaptée avec succès au secteur hospitalier, même non marchand. Elle montre que "les axes sont tous interdépendants et permettent tous (corrélés entre eux) d'atteindre la mission", soulignant l'intérêt d'un pilotage intégrant des dimensions multiples (qualité, innovation, ressources, etc.), au-delà des seuls critères financiers.

Pourtant, la mesure de la performance dans le secteur hospitalier — et plus encore dans le médico-social — reste semée d'embûches. Hofstede (1981) donne l'exemple d'un service social où "le résultat non mesurable est de contribuer au bien-être de la population aidée" (page 128). Face à des contraintes budgétaires constantes et à une demande croissante, le service a dû rationaliser son organisation. Bien que le "processus de transformation soit méconnu" (page 129), la répétitivité des tâches a permis la création d'une typologie de bénéficiaires, corrélée aux temps d'accompagnement moyens, conduisant à une forme d'optimisation par "essais et erreurs" (page 129). Ce type de

démarche relève du contrôle cybernétique, où l'on ajuste les moyens selon les écarts observés entre résultats attendus et résultats mesurés [2].

Cependant, les tableaux de bord utilisés dans le secteur hospitalier sont encore très techniques et orientés vers le suivi des activités, plutôt que vers la mise en œuvre des objectifs stratégiques. “Néanmoins, les résultats montrent que, d'une part, ces indicateurs sont peu utilisés à des fins d'action et que, d'autre part, ils sont très peu reliés aux objectifs stratégiques de l'établissement” (page 138). Ce constat est préoccupant, car malgré les efforts des gestionnaires (contrôleurs de gestion, directions administratives et financières), “l'ensemble des performances (économiques, RH, médicales) ne sont pas analysées pour piloter la stratégie de l'établissement” (page 140). Les données sont souvent exploitées de façon cloisonnée, voire délaissées au profit de la seule performance économique [15].

Selon la même étude il est indiqué que leurs résultats « montrent pourtant que les indicateurs n'ont pas été conçus dans une telle logique [financière], ni en s'appuyant sur les processus [...] ni sur les différentes dimensions de la performance” (page 141). En effet, dans la pratique, le tableau de bord est souvent subordonné au budget, “polarisant l'attention des chefs de pôles et les missions des contrôleurs de gestion sur la mesure de la performance économique” (page 141). Or, les approches socio-économiques insistent sur une performance duale : sociale et économique, à court et long terme. [15]

Les limites relevées s'expliquent aussi par une “mauvaise intégration du tableau de bord dont les finalités n'ont pas été suffisamment bien définies et le périmètre arrêté avec précision”. Ce manque de clarté rend l'outil difficilement utilisable comme levier de pilotage. D'où la question légitime : le BSC serait-il un outil réellement efficace pour le pilotage des établissements de santé ?

En réalité, “dans l'hôpital étudié, l'utilisation du tableau de bord reste insuffisante et difficile”. L'absence de démarche managériale intégrée, le cloisonnement des métiers, et le manque de transversalité dans les dispositifs freinent une approche stratégique de la performance. Ce sont encore les contrôleurs de gestion (CdG) qui conçoivent les tableaux de bord, traduisant les objectifs de la direction sans réelle co-construction avec les chefs de pôles. “Ils demandent certes aux chefs de pôles les ressources qui vont être allouées

mais c'est encore les CdG qui s'occupent de transposer les objectifs de la direction dans des TdB", aboutissant à une "mauvaise utilisation des outils créés par la Direction Administrative et Financière".

Enfin, les expériences internationales illustrent aussi les tentatives de mise en œuvre du BSC dans des contextes hospitaliers. Au centre hospitalier de Kénitra, au Maroc, la nécessité d'un nouveau système de pilotage de la performance est apparue dans le cadre de la mise en œuvre du projet stratégique de l'établissement. La matrice de performance en place auparavant remplissait avant tout "une fonction de reporting à la hiérarchie et ne répond pas aux besoins du gestionnaire hospitalier en matière de suivi de la mise en œuvre de son projet stratégique" (page 103). En outre, elle se limitait aux résultats sans prendre en compte les processus clés qui y conduisent [28].

Dans ce contexte, la conception d'une carte stratégique, conformément aux recommandations de Kaplan et Norton, a été posée comme fondement de la mise en place d'un BSC adapté. Toutefois, les auteurs soulignent que "les objectifs stratégiques reposent sur les hypothèses du comité de l'établissement et non sur un lien de causalité statistique", et que "la validité des indicateurs n'est pas vérifiée statistiquement" (page 120). Il est à noter que cette étude ne fournit pas non plus d'évaluation des résultats concrets découlant de la mise en œuvre du BSC.

De manière similaire, dans un autre centre hospitalier, l'étude insiste sur l'importance de l'adhésion des professionnels de santé pour garantir l'efficacité de l'outil : "le facteur clé de réussite d'un tel projet réside essentiellement dans l'engagement des professionnels du CHR (Centre Hospitalier Régional) de Laâyoune du fait qu'ils étaient conscients de l'importance de cet outil stratégique dans le pilotage et l'amélioration de la performance globale de leur structure sanitaire" (page 369). Là encore, aucun résultat d'impact n'est fourni, soulignant une limite récurrente dans les recherches empiriques sur l'usage du BSC dans les structures hospitalières. [29]

Ces exemples confirment les constats précédents : si le BSC est reconnu comme une méthode pertinente pour structurer la réflexion stratégique et intégrer des dimensions variées de la performance, sa mise en œuvre dans le secteur hospitalier reste confrontée à des limites pratiques (données disponibles, validité des indicateurs, engagement des acteurs) et méthodologiques (absence de validation des liens de causalité, évaluation insuffisante des résultats).

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

À ce jour, l'application du Balanced Scorecard (BSC) dans le secteur médico-social reste très peu documentée. Selon une étude datant de 2002, "il existe une relation implicite entre les variables du BSC et les composants de la fonction coût" (page 6). Chaque indicateur, même qualitatif, peut être relié à un impact financier pour l'établissement. Par exemple, "l'insatisfaction d'un client peut conduire à un conflit avec l'infirmière, entraînant un absentéisme ou un procès", ce qui engendre un coût pour la structure. [30]

Dans ce cadre, tous les indicateurs proposés dans le BSC sont indirectement pensés pour optimiser la performance financière. Toutefois, l'étude reste limitée : elle "n'évalue pas les résultats du BSC et des indicateurs proposés", et certains indicateurs ne peuvent être mesurés qu'à long terme, faute d'un système d'information adapté (page 8-9). [30]

Une autre étude rapporte une application plus concrète du BSC dans les services. Elle montre que "le choix des indicateurs est parfois limité dans le quantitatif", mais que des indicateurs qualitatifs peuvent favoriser l'implication des professionnels. Par exemple : "Un agent vous demande un produit d'entretien plus efficace. Le produit est changé et les indicateurs seront axés sur la satisfaction du professionnel, des usagers, la brillance du sol, l'efficacité du produit, etc.". A noter que dans les indicateurs qualitatifs présentés, certains peuvent se transformer en indicateurs quantitatifs.

Ce suivi s'opère dans une logique itérative. "Un point avec l'équipe est régulièrement établi autour de différents indicateurs permettant la rencontre et la réflexion." (page 41). Cette approche, inspirée du cycle de Deming (PDCA), est pleinement assumée par certains cadres : "Ils se fixent des objectifs et font un point tous les trois mois. Est-ce que la flèche est rouge ? Verte ? Ou jaune ? Avons-nous failli ? Comment et pourquoi ? Et on corrige !" (page 41)

Comment expliquer alors la rareté des sources disponibles sur le sujet ? Il convient de rappeler que l'héritage du secteur médico-social constitue un frein culturel à la diffusion des outils de pilotage. "Historiquement, le secteur ne s'est pas construit avec des critères de performance, mais avec des notions de solidarité, de protection sociale, de lien social... (Bichüe, 2012)." Cette culture centrée sur l'humain explique en partie la difficulté d'implanter des logiques de gestion issues du monde industriel ou plus récemment hospitalier. [31]

Malgré ces freins, c'est là qu'intervient le tableau de bord de la performance développé par l'ANAP, dédié aux ESSMS, et qui constitue une tentative institutionnelle de structuration de la mesure de la performance. La section suivante propose donc d'en présenter les caractéristiques, les usages observés sur le terrain et les problématiques soulevées.

3. Présentation du TdB de l'ANAP, usages identifiés et problématique

a. TDB ANAP : contenu et caractéristiques

Dans un contexte marqué par l'absence d'outils partagés pour évaluer objectivement la performance des ESSMS, l'ANAP, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a conçu un outil structurant : le Tableau de Bord de la Performance. Celui-ci repose sur l'utilisation d'indicateurs normalisés permettant de comparer les établissements sur des bases objectivées. L'objectif est de favoriser une allocation plus équitable des ressources, en soutenant les structures les moins bien dotées. Comme l'indique l'ANAP, "pour remédier à ce dysfonctionnement, il est préconisé de recourir à un ensemble d'indicateurs normalisés qui, en quantifiant les moyens alloués, vont permettre de comparer les ESSMS sur des bases objectives ; par la suite, une réallocation des ressources pourrait être envisagée au profit des structures les moins bien dotées" (page 132). [2]

Ce tableau de bord a été progressivement déployé. Après deux phases d'expérimentation conduites en 2011/2012 et 2012/2013, une troisième campagne a été lancée en 2014 pour préparer sa généralisation. Depuis le 1er janvier 2015, il est entré dans une phase de déploiement généralisé sur trois ans, à l'issue de laquelle il est devenu obligatoire en 2019... [32]

Le fonctionnement du TDBP implique plusieurs acteurs à différents niveaux. L'ARS pilote le déploiement dans chaque région, en lien avec les Conseils Départementaux. Elle supervise la participation des établissements, contrôle la qualité et la cohérence des données, clôt les campagnes et restitue les résultats. Les CD viennent en appui de ces missions. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est responsable du développement et de la maintenance technique des plateformes qui assurent

l'administration des comptes et l'hébergement des données. Enfin, l'ANAP assure le pilotage global du dispositif et son déploiement opérationnel, en lien étroit avec les autorités de tarification et les acteurs du secteur médico-social.

Lorsqu'un ESSMS transmet ses données sur la plateforme, il accède en retour à ses propres résultats, mais aussi à des comparaisons avec d'autres structures de même catégorie, dans le respect de l'anonymat. Le tableau de bord repose sur plus 40 indicateurs, dont 30 sont communs à l'ensemble des ESSMS.

*Des indicateurs pour optimiser l'allocation des ressources ?
Nathalie DUBOST, Pascal FABRE*

Tableau 1 : Le tableau de bord partagé de l'ANAP

Les indicateurs de dialogue	Les indicateurs clés d'analyse et pilotage interne
<i>Axe 1 : prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes</i>	
1. Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation 2. Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu) 3. Score moyen en soins requis PMP (dernier PMP validé et dernier PMP connu) 4. Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance 5. Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination 6. Taux d'hospitalisation complète 7. Taux de réalisation de l'activité 8. Taux d'occupation des lits ou places financés 9. Taux de rotation des lits ou places financés 10. Taux de rotation des places financées en accueil de jour	1. Profil des personnes accompagnées : Répartition en fonction des GIR (1 à 6) 2. Profil des personnes accompagnées: Répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches) 3. Profil des personnes accompagnées: Répartition en fonction des types de déficiences observées 4. Répartition par âge des personnes accompagnées 5. Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement 6. Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection 7. Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement 8. Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées 9. Part des actes/séances programmés non réalisés 10. File active des personnes accompagnées
<i>Axe 2 : ressources humaines et matérielles</i>	
11. Taux d'ETP vacants 12. Taux de prestations externes 13. Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management 14. Taux d'absentéisme 15. Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	11. Répartition des effectifs par fonction 12. Pyramide des âges du personnel 13. Taux d'absentéisme par motif 14. Poids du recours à l'intérim
<i>Axe 3 : finances et budget</i>	
16. Taux d'atteinte des prévisions de recettes 17. Taux d'atteinte des prévisions de dépenses 18. Taux de CAF 19. Taux de vétusté des constructions 20. Taux d'indépendance financière 21. Taux de couverture du besoin en fonds de roulement par la trésorerie	15. Répartition des recettes par groupe sur la section exploitation 16. Répartition des dépenses réalisées par groupe sur la section exploitation 17. Répartition des recettes/produits par section tarifaire 18. Répartition des dépenses/charges par section tarifaire 19. Taux d'utilisation de la dotation en soins 20. Structure des dépenses financées par la dotation de soins
<i>Axe 4 : objectifs</i>	
22. Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation	21. Etat des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS

Figure 2 : Résumé des indicateurs issus du Tableau de Bord de la Performance de l'ANAP [B]

3 indicateurs communs sont ajoutés pour 2025 que sont : le nombre d'heures de formation par personnel, le nombre de salariés ayant une qualification conforme au poste occupé et le taux d'encadrement des usagers. 4 indicateurs sont ajoutés mais spécifiques aux services d'aide à domicile. Ces indicateurs sont répartis autour de quatre grands axes : les

prestations de soins et d'accompagnement, les ressources humaines et matérielles, les finances et budgets, et enfin les « objectifs ».



Figure 3 : Les 4 axes stratégiques du Tableau de Bord de la Performance de l'ANAP [C]

Ce cadre commun concerne l'ensemble des structures relevant du champ des personnes âgées (PA) et des personnes handicapées (PH). [33] Exception faite des services d'aide à domicile qui font leur entrée en 2025. Ces derniers peuvent avoir des usagers qui ne sont ni âgés, ni en situation de handicap.

En définitive, le TDBP vise à la fois un usage interne, en tant qu'outil d'aide au pilotage stratégique pour les directions d'établissement, et un usage externe, en tant que levier d'analyse pour les financeurs publics (ARS et CD). Il ambitionne de structurer une culture commune de la performance, en s'appuyant sur des données consolidées, partagées et comparables.

Les structures concernées par le tableau de bord sont au nombre de 20 en 2025 :

- Les centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP)
- Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)
- Les centres de rééducation professionnelle et service de réadaptation professionnelle
- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- Les établissements pour déficient moteur (IEM)
- Les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés
- Les foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM) devenus EAM (établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées)
- Les établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM) englobant les catégories d'établissements suivants : foyers de vie / foyer d'hébergement / foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
- Les instituts médico éducatifs (IME dont IMPro et IMP)
- Les instituts pour déficients auditifs
- Les instituts pour déficients visuels
- Les instituts d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle
- Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
- Les maisons d'accueil spécialisées (MAS)
- Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Les Services Polyvalents Aide et Soins à Domicile (SPASAD) devenus Services Autonomie aide et soins (SAAS) (nouveau 2025)
- Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)

Notons l'absence des autres établissements médico-sociaux tels que ceux de la protection de l'enfance (Maisons d'Enfants à Caractère Spécifique, foyers, etc...), l'addictologie (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, Consultations Jeunes Consommateurs, etc...), les demandeurs d'asile (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) et autres (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Lits d'Accueil Médicalisés, Lits Halte Soins Santé, etc...). Également absentes les unités de soins de longue durée qui sont des établissements de santé et non médico-sociaux mais qui ont le même objectif que ces derniers.

Le TDBP de l'ANAP s'appuie sur une structuration en quatre axes, chacun étant associé à des objectifs d'analyse spécifiques. Le premier axe, centré sur les prestations de soins et d'accompagnement, vise à déterminer si "les profils des personnes accompagnées

correspondent [...] aux missions de l'ESMS", à évaluer "la charge en soins et en accompagnement", à mesurer "le niveau d'activité", à situer "le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne" et à comprendre "la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS".

Le second axe, relatif aux ressources humaines et partenariales, questionne "l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier" et "si l'organisation est structurée et stable".

L'axe financier, pour sa part, vise à apprécier "le niveau d'exécution budgétaire", à analyser "les grands équilibres financiers", ainsi que "la répartition des recettes et des dépenses par groupe" et "par section tarifaire".

Enfin, l'axe des objectifs cherche à mettre en relation ces données pour comprendre le positionnement stratégique et la cohérence de l'établissement dans son environnement. [33] [34]

Les informations ainsi restituées sont conçues pour encourager une lecture croisée et dynamique. Les indicateurs sont interdépendants et permettent d'identifier un risque, d'en cerner les causes, et d'initier une analyse en vue de proposer des leviers d'action. Cette logique vise à dépasser la simple photographie statique de la performance pour entrer dans une démarche d'amélioration continue.[33]

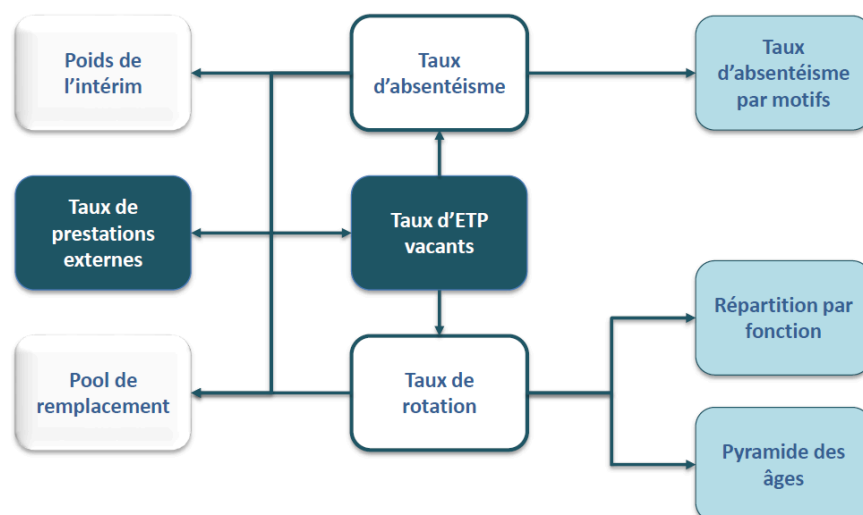


Figure 4 : Illustration des possibilités de croisement des indicateurs liés aux ressources humaines issus du TdB de l'ANAP [D]

Le schéma illustre le fait qu'un indicateur peut être décomposé ou croisé avec un autre indicateur afin de comprendre la raison d'une variation. Par exemple, le taux d'absentéisme peut être décomposé par motif. Le taux d'absentéisme important peut jouer sur le poids de l'intérim car il est nécessaire pour l'établissement de recourir à l'intérim si l'absentéisme est trop important.

Cependant, dans les faits, cette interdépendance reste partiellement exploitée. Ainsi, même au sein de la formation ANAP à l'EHESP, les exemples fournis se limitent à l'illustration de corrélations d'indicateurs au sein d'un seul axe – en l'occurrence, l'axe des ressources humaines. Il n'est pas démontré comment les indicateurs interagissent entre les quatre axes, ce qui réduit l'intérêt stratégique d'un outil censé s'inspirer du Balanced Scorecard. L'absence de transversalité limite l'analyse globale et l'alignement entre les ressources, les activités et les résultats attendus.

A noter que dans le logiciel PerfMS déployé en avril 2024, il est possible de croiser 3 indicateurs pour connaître la santé globale de l'ESSMS. Malheureusement nous n'en savons pas plus sur ce logiciel qui vient de faire son apparition. Seul un webinaire a été proposé depuis son déploiement en 2025, sans rediffusion possible de ce dernier.

b. Usages identifiés par les ATC et ESSMS

D'après l'ANAP, le tableau de bord développé présente six objectifs clés, chacun jouant un rôle fondamental dans l'amélioration de la gestion et de la performance des établissements sociaux et médico-sociaux. Ces objectifs sont : la comparaison, la transversalité, la connaissance de l'offre sur le territoire, la performance, le dialogue de gestion et le pilotage interne.

Le premier objectif, la comparaison, permet aux ESSMS de "comparer les résultats des indicateurs et se situer par rapport aux structures de même catégorie". Cela offre une vision comparative essentielle pour évaluer la position de chaque établissement.

La transversalité, quant à elle, "permet le partage des informations entre ESSMS, OG et ATC, sur la base d'indicateurs communs", ce qui favorise une collaboration plus fluide et une meilleure coordination entre les acteurs du secteur.

La connaissance de l'offre sur le territoire participe à la construction de la première base de données du secteur médico-social, un élément essentiel pour le suivi et le

développement du secteur. Le TdB permet la réalisation d'analyses et d'études sur des catégories de structures ou des thématiques spécifiques, alimentant ainsi les études d'impact. Ces analyses sont particulièrement utiles pour les organismes gestionnaires d'ESSMS et les autorités de tarification, telles que les CD et les ARS. [34]

L'objectif de performance s'attache à mesurer l'efficacité, c'est-à-dire le "degré de réalisation des objectifs", et l'efficience, qui se rapporte au "rapport ressources / résultats", permettant ainsi de mieux cerner les marges d'amélioration.

Le dialogue de gestion consiste à discuter avec son financeur (ARS, CD, etc...) pour présenter les contraintes budgétaires et les résultats de l'ESSMS. C'est l'occasion de négocier avec son financeur. Le dialogue de gestion structure les échanges entre les différents acteurs et donc ces indicateurs permettent "d'objectiver le dialogue" et de faciliter les démarches de contractualisation. Le TdB aide à "structurer les échanges avec les autorités publiques autour d'une dizaine d'indicateurs-clés", offrant ainsi une vision globale et complète de la performance, qui dépasse les simples données financières. Il facilite également la "préparation et la rédaction du contrat" (CPOM ou convention tripartite) en se basant sur un constat partagé, et "complète les indicateurs à suivre dans le cadre du contrat". Enfin, le TdB permet "d'accompagner la prise de connaissance initiale par l'évaluateur", facilitant ainsi l'évaluation externe des établissements. [33] Attention, ici l'évaluation externe n'a rien à voir avec l'évaluation externe se basant sur le référentiel de la Haute Autorité de Santé (évaluation de la démarche qualité).

Enfin, le pilotage interne dote les structures d'un outil de gestion qui enrichit les outils déjà existants, leur permettant de suivre leurs actions et d'ajuster leurs stratégies internes.

L'utilisation du TdB à des fins de pilotage interne permet aux établissements de mieux piloter leur service. Cela inclut "l'enrichissement des outils de gestion existants en interne", la définition d'objectifs clairs et la mesure de leur atteinte à travers les indicateurs proposés. Cette utilisation permet également de "mobiliser en interne les équipes autour des résultats d'activité et de gestion". Elle joue un rôle clé dans la restitution et l'analyse des résultats, en offrant aux instances dirigeantes la capacité de "se positionner par rapport à la concurrence". Un autre aspect important est la possibilité de réaliser un "auto-diagnostic" permettant aux établissements de mieux comprendre leurs forces et faiblesses et d'identifier les causes des résultats observés.

Le TdB de l'ANAP s'inscrit dans trois niveaux d'objectifs : la dimension managériale, qui vise à "développer le dialogue de gestion et animer le réseau", la dimension stratégique, qui consiste à "articuler les politiques, orientations stratégiques et les schémas", et enfin la dimension opérationnelle, qui soutient "la contractualisation et l'évaluation". Ce dernier aspect renvoie à l'importance du suivi du CPOM, mais les indicateurs du TdB peuvent également être utilisés pour piloter une stratégie, en s'intégrant dans des plans d'action ou des projets d'établissement. [33] [34]

"L'appropriation des indicateurs du tableau de bord peut être également intégrée dans des documents que les directeurs d'ESMS élaborent déjà annuellement, comme par exemple les rapports d'activité." Cette intégration dans des processus existants facilite l'utilisation des indicateurs et leur adoption par les équipes dirigeantes. [34]

L'ANAP met également à disposition des matrices permettant de croiser les indicateurs pour en dégager des clés de lecture. Ces matrices sont présentées dans le TdB et servent à trouver des actions correctives ou des pistes d'amélioration. En 2016, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a par exemple proposé des questions à se poser pour chaque indicateur demandé par l'ANAP, ainsi que des données de caractérisation permettant d'approfondir l'analyse des résultats. Bien que ces chiffres soient anciens et spécifiques à la région, les clés de lecture restent pertinentes et peuvent encore guider l'analyse des données aujourd'hui.

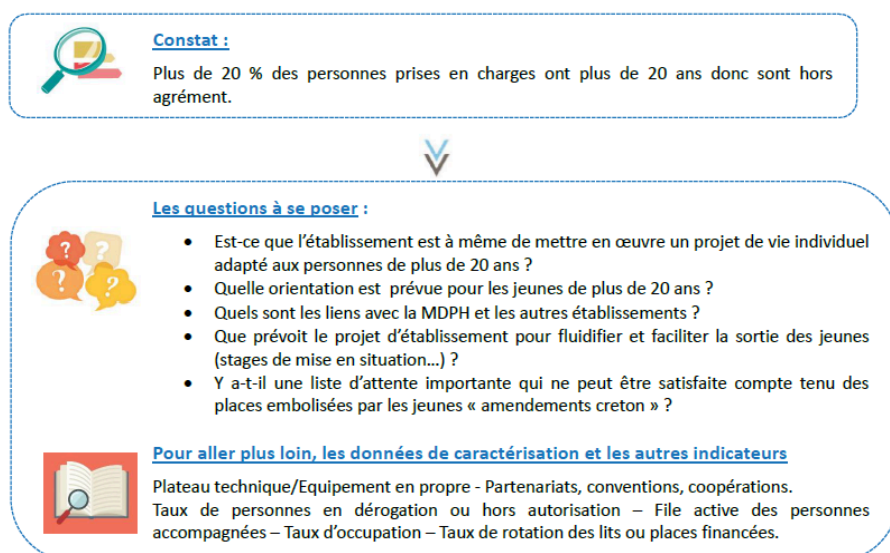


Figure 5 : Restitution de la campagne 2016 du TdB de l'ANAP par l'ARS Nouvelle Aquitaine : description et analyse des différents indicateurs [E]

L'ANAP procède également à un échantillonnage des ESSMS par typologie et critères spécifiques afin de "clusteriser ces derniers". Bien que cette approche soit principalement utile pour les organismes gestionnaires et les autorités de tarification, elle permet de mieux comprendre la diversité des structures et de mieux cibler les actions à entreprendre.

Les verbatim issus du MOOC de l'ANAP sur le TdB illustrent bien l'impact de l'utilisation de cet outil dans les pratiques des établissements : "Une analyse de la productibilité qui a permis de réorienter certaines de nos activités par une analyse beaucoup plus fine de celle-ci", "Concernant les représentants du personnel, nous avons pu remarquer que l'objectivation des données permet de réajuster ou réorienter une activité nécessitant de partager des données communes", ou encore "Le TdB de la performance, parce qu'il n'est pas centré uniquement sur des données financières, nous a permis d'effectuer ce travail et d'avoir une cohésion beaucoup plus importante car nous partageons un dialogue et un langage commun". [35]

Ces citations témoignent, en principe, de l'utilité du tableau de bord dans la prise de décision et le développement d'une culture partagée de la performance au sein des ESSMS.

Maintenant que nous avons présenté les usages possibles, il est intéressant de savoir ce qu'en font réellement les ESSMS.

c. Limites

Malgré les usages identifiés et la présentation du tableau de bord de l'ANAP, l'utilisation réelle par les établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS) reste faible et limitée. Nos recherches montrent un manque notable de retours d'expériences sur l'usage du tableau de bord de la performance. Il existe une formation à destination des élèves de l'EHESP, qui présente le tableau de bord de l'ANAP. Existe également un module, à notre sens, très court sur la restitution des indicateurs, et une interview de moins d'une minute avec un directeur d'ESSMS concernant l'exploitation du TdB. Par ailleurs, le bilan présenté par l'ANAP évoque brièvement les perspectives du tableau de bord, sans pour autant apporter des éléments concrets ou approfondis.

Cependant, il demeure une interrogation : ces documents sont-ils réellement lus et compris par les acteurs concernés ? Sont-ils suffisamment clairs pour entraîner une

véritable appropriation ? À en juger par nos recherches, il semble que la question du "pourquoi" (c'est-à-dire la raison pour laquelle ces informations sont transmises et leur utilité dans le contexte de l'établissement) reste largement ignorée. En effet, à part une formation de base destinée à de futurs cadres, il n'y a pas de ressources disponibles pour expliquer aux professionnels en quoi l'exploitation des indicateurs leur est utile. Le référentiel fourni par l'ANAP est très détaillé sur le "comment" intégrer les indicateurs, mais il ne fournit aucune directive sur leur exploitation. Cela crée un vide, où les informations sont transmises sans véritable orientation sur la manière de les utiliser pour améliorer la gestion ou les services.

De plus, ces documents sont relativement succincts et, à notre connaissance, aucune formation supplémentaire n'est disponible actuellement pour approfondir leur utilisation. Les informations fournies aux ESSMS sont souvent présentées en même temps que celles destinées aux autres acteurs comme les organismes gestionnaires (OG) ou les autorités de tutelle. Cette approche générique et non spécifique ne permet pas aux ESSMS de se concentrer sur l'exploitation concrète des indicateurs dans leur propre contexte.

De notre point de vue, un autre point crucial réside dans le fait que les indicateurs demandés par l'ANAP ne sont pas véritablement opérationnels pour les ESSMS. En effet, ces indicateurs ne sont pas orientés vers les résultats concernant les publics ou la mission d'intérêt général des établissements. Leur objectif est principalement de fournir une vue d'ensemble sur la gestion de l'établissement, sans lien direct avec les activités professionnelles des équipes de santé et éducatives. En conséquence, ces indicateurs ne concernent pas les professionnels de terrain, et aucun retour ou compte rendu n'est exigé de leur part à cet égard. Ce manque d'opérationnalité se distingue nettement des systèmes de gestion de la performance déployés dans les hôpitaux, tels que les BSC (Balanced Scorecard), qui reposent sur des objectifs très opérationnels et liés directement aux résultats des soins et des services.

Après avoir vu l'intérêt de la création d'un BSC et ses avantages ainsi que ses limites lorsqu'on l'applique dans le médico-social et dans le sanitaire, on peut désormais émettre les hypothèses qui guideront la méthodologie :

4. Quelles hypothèses explorer ?

Hypothèse 1 : Un tableau de bord perçu comme un outil de reporting plutôt que de pilotage

Le tableau de bord (TdB) de l'ANAP semble principalement remplir une fonction de reporting à destination des pouvoirs publics et des autorités de tarification et de contrôle (ATC), sans répondre pleinement aux besoins des gestionnaires d'ESSMS en matière de suivi stratégique. En effet, il apparaît comme imposé aux ESSMS qui doivent le remplir sans pour autant comprendre réellement l'intérêt des différents indicateurs et en quoi ils permettent d'analyser la santé de la structure.

Cette observation conduit à l'idée directrice du mémoire : les ESSMS n'exploitent probablement pas encore pleinement les indicateurs de l'ANAP. Bien que le recueil des données soit effectué, cette démarche reste perçue comme une obligation réglementaire plutôt qu'une opportunité d'amélioration continue. Un point de vigilance concerne la comparaison inter-établissements : les ESSMS utilisent-ils réellement les données de l'ANAP pour se comparer (benchmarker) entre eux ?

Par ailleurs, la perception des indicateurs par les professionnels et la gouvernance (ESSMS pour personnes âgées et en situation de handicap) pourrait être mitigée, voire négative. Une méconnaissance des objectifs de ces indicateurs ou une absence de finalités, voire une réticence culturelle face à la mesure de la performance, pourrait expliquer cette sous-exploitation.

Hypothèse 2 : Une exploitation fragmentée et inégale selon les profils d'établissements

Une autre piste suggère que l'exploitation des indicateurs est hétérogène, variant selon plusieurs critères :

- La taille (petits vs. grands établissements),
- Le statut juridique (public, privé lucratif, associatif),
- L'intégration dans un organisme gestionnaire (OG).

Certains ESSMS pourraient n'utiliser ces indicateurs que partiellement, par exemple pour le pilotage RH (comme le taux de rotation, taux d'absentéisme) sans considérer les autres

indicateurs RH. D'autres, en revanche, pourraient les intégrer de manière plus systémique car c'est déjà dans la culture de l'organisation. Cette disparité reflète des différences structurelles et culturelles dans l'appropriation des outils de pilotage.

S'il y a par exemple un organisme gestionnaire, il apparaît plus plausible que des indicateurs lui soient remontés régulièrement contrairement à une organisation qui serait indépendante. Et donc l'ESSMS serait plus apte à exploiter les indicateurs demandés par l'ANAP sans pour autant s'intéresser à tous les indicateurs demandés par l'ANAP voire même de les ignorer.

A partir de cette hypothèse, on peut en déduire une sous-hypothèse qui consisterait à penser que les petits établissements indépendants seraient plus enclins à intégrer les indicateurs demandés par l'ANAP dans leur pilotage

Contrairement aux grandes structures, les petits ESSMS indépendants pourraient voir dans les indicateurs ANAP une opportunité plutôt qu'une contrainte. N'ayant pas toujours accès à des systèmes d'information sophistiqués, ils pourraient s'appuyer sur ces données pour structurer leur gestion, là où ils fonctionnaient auparavant de manière intuitive.

Méthodologie

Afin d'apporter la meilleure réponse possible à la problématique de départ, nous allons utiliser la méthode qualitative. Mais avant d'aborder la méthodologie de recherche, il est important de rappeler ici ce qu'on cherche à savoir.

1. Quels sont les objectifs principaux ?

La finalité de cette recherche est d'apporter une réponse concrète à la problématique de départ. À première vue, une analyse simpliste pourrait conduire à conclure que les ESSMS ne capitalisent pas pleinement sur ces indicateurs en l'état actuel. En effet, leur utilisation pourrait se limiter à un simple reporting réglementaire, sans réelle valorisation stratégique ou opérationnelle. Il est cependant nécessaire que ce mémoire puisse le démontrer du mieux possible.

Cependant, cette recherche vise à dépasser ce constat initial en explorant les potentialités d'une meilleure exploitation de ces données. L'objectif est triple :

1. Comprendre les raisons de la faible appropriation des indicateurs par les ESSMS dans un dernier temps
2. Identifier des pistes d'optimisation permettant aux ESSMS de transformer ces indicateurs en véritables leviers de pilotage.
3. Proposer des outils et documentations facilitant leur capitalisation, que ce soit pour améliorer la transparence auprès des parties prenantes (familles, personnes accueillies, partenaires, organismes gestionnaires, ATC, CSE, etc...), affiner les stratégies internes ou renforcer les négociations avec les parties prenantes.

Ainsi, plutôt que de se limiter à un diagnostic d'insuffisance, cette étude cherche à ouvrir des perspectives pour une exploitation plus dynamique et pertinente des indicateurs ANAP, en s'appuyant sur les retours des professionnels du secteur.

2. Quels acteurs cibler ?

L'objectif de cette recherche étant d'analyser l'exploitation des indicateurs ANAP par les ESSMS dans leur pilotage stratégique et opérationnel, les directeurs d'établissements

constituent la population cible que nous avons privilégiée pour les entretiens. Cette orientation méthodologique se justifie par plusieurs éléments clés.

En premier lieu, les directeurs occupent une position stratégique centrale dans la gouvernance des ESSMS. En tant que principaux décideurs, ils sont directement impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des orientations stratégiques, qu'il s'agisse du projet d'établissement ou des plans d'action. Leur perception et leur utilisation concrète des indicateurs conditionnent donc largement l'intégration effective de ces données dans les processus de gestion et de pilotage de la structure.

Par ailleurs, leur position institutionnelle leur confère une vision globale des enjeux, à la fois opérationnels et réglementaires. Ils disposent d'une connaissance approfondie des contraintes liées au reporting obligatoire, mais aussi des potentialités que pourraient offrir ces indicateurs pour améliorer la performance organisationnelle. Leur témoignage permettra ainsi d'éclairer l'écart potentiel entre la simple conformité réglementaire et une réelle valorisation stratégique de ces données.

La composition de l'échantillon retenu tient compte de la diversité du secteur, en incluant des directeurs issus d'ESSMS variés en termes de taille, de statut juridique (public, privé, associatif) et de degré d'autonomie (structures indépendantes ou intégrées à un organisme gestionnaire). Cette approche comparative permet d'identifier d'éventuelles variations dans l'appropriation et l'utilisation des indicateurs selon les contextes organisationnels spécifiques.

3. Quels panels de directions interroger ?

Au total, 8 entretiens ont été réalisés. La réalisation d'entretiens s'est heurtée à quelques difficultés dues à de nombreux refus. Ce sont 24 directions qui n'ont apporté aucune réponse à nos demandes pour réaliser un entretien. Chacune faisant l'objet d'une relance au bout de 15 jours minimum. Une dizaine a été sollicitée par mail, le restant se faisait via un appel auprès du secrétariat. Il y a eu 3 refus notamment en raison du manque de temps et pour une direction, c'est en raison du sujet. 3 directions ne répondaient plus après avoir posé une date pour l'entretien.

Il est clair que la prospection par mail n'a pas été efficace (1 proposition d'entretien et 0 entretien réalisé). Appeler directement les sites a conduit à la réalisation d'un entretien.

Tous les autres entretiens ont pu se faire grâce au réseau (collègues de promotion et collègues au sein de ma structure où je suis pour mon alternance)

Les types de structures interrogées se découpent en deux parties : les ESSMS accueillant des personnes en situation de handicap (peu importe le type de handicap) et les ESSMS accueillant des personnes âgées (ici, uniquement des EHPAD).

Le tableau de bord de l'ANAP ne concerne que les ESSMS accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Sont également concernés les SAD depuis très peu et les SSIAD. Etant donné que ces structures ne sont concernées par le tableau de bord de l'ANAP que récemment et qu'ils accueillent d'autres personnes que des personnes en situation de handicap et âgées, il a été décidé de les évincer de l'échantillonnage.

Ainsi, nous avons comme interrogé 8 structures du secteur PH (en 6 entretiens) dont :

- 1 Institut médico-éducatif (PH enfant) / DAME
- 2 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (PH adulte)
- 2 Etablissement et Services d'Aides par le Travail (ESAT) (PH adulte)
- 3 Etablissement d'accueil non médicalisé (EANM) comme foyer de vie ou d'hébergement (FV / FH) (PH adulte)

Les EANM relèvent du financement du Département. Les IME, les ESAT et les MAS relèvent du financement de l'ARS.

Du fait de cette différence de tutelle, l'organisation, les financements et l'intérêt porté (par l'ATC) pour les indicateurs de l'ANAP se distinguent complètement.

Le secteur handicap est historiquement très associatif. Il n'est donc pas nécessaire d'échantillonner les établissements selon le statut juridique.

Parmi les structures recevant des personnes âgées (PA), nous avons interrogé

- 1 EHPAD Privé non lucratif
- 1 EHPAD privé lucratif

Type de structure	Statut juridique	Tutelle	Groupe	Parcours professionnel de	Entretien réalisé le :
-------------------	------------------	---------	--------	---------------------------	------------------------

				la direction	
EANM	Associatif	CD	Papillons-Blancs	Éducateur spécialisé (puis CAFERUIS)	10 avril 2025
EANM	Associatif	CD	Apei	Educateur spécialisé (puis CAFERUIS puis DESS)	16 avril 2025
EANM	Associatif	CD	APAJH	Master management sectoriel (puis CAFDES)	29 avril 2025
EANM, MAS et ESAT	Associatif	CD et ARS	L'Arche	Formation ingénieure	19 mai 2025
ESAT	Associatif	ARS	Papillons-Blancs	Initialement Cheffe de service puis DESS	21 mai 2025
IME	Associatif	ARS	Papillons-Blancs	Educateur spécialisé initialement (CAFERUIS puis CAFDES)	22 mai 2025
EHPAD	Privé lucratif	ARS et CD	Colisée	Master management sectoriel	25 février 2025
EHPAD	Associatif	ARS et CD	Les Orchidées	Master management sectoriel	4 mars 2025

Figure 6 : Récapitulatif des ESSMS interrogés pour le mémoire

Les EHPAD relèvent conjointement de la compétence de l'ARS et du Département. Nous aurions aimé interroger un EHPAD public mais malheureusement cela n'a pas été possible. 2 entretiens étaient prévus avec 2 EHPAD publics mais les deux ne répondaient plus à nos relances.

La répartition dans le médico-social des statuts juridiques pour les EHPADs est particulièrement homogène. Il y a environ 45% d'EHPAD publics, 31% d'EHPAD associatifs et 24% d'EHPAD privés lucratifs [36]. Nous avons décidé d'interroger 1 EHPAD

privé lucratif car nous supposons, dans nos hypothèses, que leur mode d'appréhension des indicateurs ANAP se distingue particulièrement de celui des structures associatives ou publiques.

Cette méthodologie d'échantillonnage permet ainsi d'aborder la problématique sous différents angles tout en maintenant une cohérence d'ensemble avec les objectifs de recherche. La diversité des profils interrogés devrait permettre de mettre en lumière les variations dans l'appropriation et l'utilisation des indicateurs ANAP selon les types d'établissements et leurs contextes spécifiques de fonctionnement.

4. Méthode d'entretien

Le recours aux entretiens semi-directifs comme méthode de collecte de données s'impose pour répondre efficacement à notre problématique de recherche. Ce choix repose sur une adéquation parfaite entre les caractéristiques de cette modalité de recueil de données et les objectifs de notre étude.

L'entretien semi-directif, tel que défini par les méthodologues, "consiste en une interaction verbale sollicitée par l'enquêteur/-trice auprès d'un-e enquêté-e, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple. L'entretien vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde, dans une optique compréhensive." (page 1) Cette définition cadre parfaitement avec notre approche, qui ne cherche pas à "produire des données standardisées sur une vaste population pour rechercher par traitement statistique des régularités dans la variation des opinions ou des attitudes entre groupes d'individus" (page 1). [37]

Plusieurs avantages déterminants justifient ce choix méthodologique.

La méthode se révèle idéale pour appréhender les perceptions et expériences subjectives des acteurs concernant l'exploitation des indicateurs. Elle permet de dépasser le simple constat des pratiques formelles pour accéder aux motivations profondes, aux représentations mentales et aux obstacles concrets rencontrés par les gestionnaires. Cette dimension compréhensive est fondamentale pour interpréter correctement les modalités d'appropriation des outils de pilotage. [38] [39]

Sur le plan opérationnel, les entretiens semi-directifs facilitent l'identification des écarts potentiels entre les prescriptions prévues de l'ANAP, les pratiques effectives des ESSMS et les besoins réels des gestionnaires

La méthode présente également l'avantage d'apporter une réflexion pour les directions sur le sujet. En les amenant à expliciter leurs pratiques et à partager des cas concrets, elle favorise l'émergence d'enseignements précieux sur les stratégies d'adaptation et d'intégration des indicateurs dans le pilotage quotidien des établissements.

La flexibilité inhérente à l'entretien semi-directif permet d'adapter dynamiquement le questionnement en fonction des réponses des participants, capacité essentielle pour explorer les multiples facettes de l'utilisation des indicateurs. Cette adaptabilité favorise l'émergence d'informations riches et nuancées, particulièrement précieuses pour saisir la complexité des pratiques managériales dans des contextes organisationnels variés.[38]

Cette approche méthodologique apparaît donc comme la plus à même de répondre aux exigences de notre recherche.

En principe, la durée des entretiens ne devait pas excéder 1h. Nous avons gardé en tête le fait que "si la personne interrogée a été approchée sans être dans l'empressement mais en prenant le temps, son expression sera beaucoup plus spontanée et généreuse que si elle éprouve un sentiment de méfiance ou de doute vis-à-vis du chercheur pressé et sans doute peu attentif". Il a donc été décidé de laisser plus de temps pour les entretiens. 4 entretiens ont dépassé 1h. [40]

5. Etude de terrain

De notre côté, nous avons testé certaines pratiques possibles pour exploiter les indicateurs ANAP dans un ESSMS. Actuellement, je réalise une alternance au sein de L'Arche Lille Métropole accueillant 29 personnes. L'association se compose de 3 EANM ainsi que d'un centre d'activité de jour. S'ajoutent aux résultats des entretiens, mes analyses lorsqu'avec ma direction, nous avons tenté d'exploiter les indicateurs ANAP. L'objectif est également, de notre côté, de capitaliser du mieux possible sur ces indicateurs.

6. Les principaux thèmes abordés

Les questions principales de l'entretien visent à explorer les différentes utilisations possibles des indicateurs. Elles concernent les possibilités pour les établissements de capitaliser concrètement sur les indicateurs remontés à l'ANAP.

La grille d'entretien contenant les questions principales permet d'aborder à la fois les possibles dimensions communicationnelles auprès des parties prenantes, stratégiques et opérationnelles liées à l'exploitation des indicateurs dans les ESSMS. Plusieurs thématiques sont abordées comme la transparence auprès des parties prenantes, la création de plans d'actions ou de stratégies, l'alimentation du dialogue de gestion avec son ATC ou de documents (Projet d'établissement, rapport d'activité)

Parmi les questions secondaires, nous explorons plusieurs thèmes clés. Nous commencerons par examiner les raisons pour lesquelles l'ANAP demande la remontée de ces indicateurs, en discutant des motifs sous-jacents à cette exigence. Nous abordons également l'exploitation de ces indicateurs par les autorités et les échanges qui ont pu avoir lieu à ce sujet.

La fréquence de recueil des indicateurs de l'ANAP sera analysée, ainsi que la possibilité de les décomposer pour créer de nouveaux indicateurs plus pertinents pour les établissements.

Nous examinons le type de relation managériale engendré par l'utilisation de ces indicateurs et du tableau de bord, en tenant compte de la perception des équipes et de leur adhésion à cette démarche. Enfin, nous évaluons les changements apportés par l'utilisation de ces indicateurs dans la gestion quotidienne des établissements.

7. L'analyse des données recueillies

Les données recueillies sont codées selon la thématique abordée. Nous avons repris les verbatims que nous avons intégrés aux différentes thématiques telles que : l'ESSMS exploite les indicateurs pour la transparence auprès des personnes accueillies ou les familles par exemple.

8. Quid de l'anonymat ?

A chaque début d'entretien, il a été demandé aux personnes rencontrées si elles acceptaient que l'entretien soit enregistré uniquement pour permettre la retranscription. Les documents qui m'ont été délivrés (projets d'établissements, de services, de pôles et rapports d'activités) ont été analysés puis supprimés dès qu'ils n'étaient plus nécessaires de les avoir parmi mes documents. Certaines parties des entretiens ont été retirées lorsque les directions interrogées souhaitaient que cela n'apparaisse pas dans le mémoire.

L'ensemble des directions ainsi que l'établissement qu'ils représentent ont été anonymisés dans la mesure du possible.

Analyse des résultats

L'analyse des résultats se décompose en 2 grandes parties afin de répondre à 2 des 3 grands objectifs de ce mémoire que sont :

- la compréhension des raisons de la faible appropriation des indicateurs par les ESSMS dans un dernier temps ;
- l'identification des pistes d'optimisation permettant aux ESSMS de transformer ces indicateurs en véritables leviers de pilotage.

La réponse apportée au troisième objectif qui est : "Proposer des outils et documentations facilitant leur capitalisation, que ce soit pour améliorer la transparence auprès des parties prenantes (familles, personnes accueillies, partenaires, organismes gestionnaires, ATC, CSE, etc...), affiner les stratégies internes ou renforcer les négociations avec les parties prenantes" est disponible dans la partie "préconisations" de ce mémoire.

I. Comprendre les raisons de la faible appropriation des indicateurs par les ESSMS

"Nous ne faisons rien des indicateurs ANAP"

Avant de commencer l'analyse, il est important de parler de cette phrase. Cette dernière, nous l'avons entendue quasiment à chaque début d'entretien.

Globalement, les directions énoncent que peu de stratégies concrètes émergent suite au recueil des indicateurs ANAP.

L'utilisation des indicateurs n'est jamais réalisée et le recueil des indicateurs ANAP est souvent perçu comme une contrainte administrative. Plusieurs témoignages soulignent que « on remplit l'ANAP parce qu'il faut remplir » sans exploitation réelle, ce qui engendre une impression de « perte de temps » et un sentiment que « on n'en fait rien du tout ».

Les indicateurs ANAP ne sont pas intégrés aux stratégies de gestion. Une direction me dit qu'ils utilisent plutôt d'autres outils, comme « Morio », et des indicateurs similaires dans

leur construction mais distincts, sans s'appuyer sur ceux de l'ANAP. Mais malheureusement, nous n'avons pas eu d'exemple.

Mais à la fin, tous les entretiens ont abouti à des idées pour capitaliser sur les indicateurs ANAP. Certains directeurs ne le savaient pas mais ils exploitent dans une certaine mesure ces indicateurs. Mais la plupart du temps, ce sont un indicateur ou deux qui sont exploités mais ce n'est jamais le tableau de bord dans son ensemble. Nous le verrons par la suite mais les directions exploitent les indicateurs qu'elles connaissent et qu'elles jugent "utiles".

Avant de s'intéresser à l'état de lieu de l'exploitation des indicateurs ANAP ainsi que des possibilités présentées, nous allons d'abord aborder la raison de faible appropriation du tableau de bord de la performance par les ESSMS.

Globalement, on a pu voir que peu de stratégies structurées émergent autour de l'exploitation des indicateurs. Nous verrons cela dans la deuxième partie. On peut supposer que leur mobilisation dépend fortement des pratiques internes et de la culture du pilotage dans les établissements.

Certains ESSMS montrent une appropriation ancienne et structurée des indicateurs. *" Nous, on a vraiment un suivi des indicateurs de performance qui est déjà plutôt bien structuré "*. La décision s'appuie alors sur des données objectivées : *" On ne peut pas prendre des décisions sur un ressenti, il faut avoir quelque chose d'objectif "*. Cette approche pragmatique est également mise en avant lorsqu'un indicateur est perçu comme actionnable : *" Un indicateur, ça vaut que si ça nous est utile dans la pratique "*. Une direction énonce que les bons indicateurs, ce sont ceux qui renvoient à des actions concrètes ou à des obligations réglementaires qui semblent les plus légitimes, par exemple *" Est-ce que vous avez un plan de prévention de la maltraitance ? C'est oui, c'est non "* ou *" Est-ce que Madame Machin sait prendre le train dorénavant pour aller travailler ? "*. Ces éléments sont alors directement intégrés au pilotage ou aux démarches qualité.

À l'inverse, certains établissements reconnaissent une absence historique de culture de suivi quantitatif. *" Jusqu'à il y a trois ans, on ne suivait pas les taux d'occupation "*. L'approche restait sommaire, avec des bilans annuels peu détaillés : *" À la fin de l'année, on disait qu'on avait fait le temps. Des indicateurs, je ne trouve pas beaucoup "*. L'absence de culture du chiffre est clairement assumée : *" On n'a pas trop une culture du chiffre "*.

A travers ces entretiens, nous avons pu voir 3 groupes d'interlocuteurs distincts. Dans un premier, on retrouve les ESSMS qui adoptent une réelle culture des indicateurs. Ici, sont concernés ceux qui dépendent de l'ARS (MAS, EHPAD). La culture des indicateurs est d'autant plus importante dans l'EHPAD privé lucratif. La culture des indicateurs dépend également du rattachement (ou pas) à un organisme gestionnaire. Pour les EHPAD, c'était le cas, pour la MAS, ça l'était également. Pour ces 3 structures, on retrouve des personnes ayant commencé dans la gestion des ESSMS et une qui avait anciennement comme métier celui d'ingénieure.

Un autre directeur indique avoir une culture des indicateurs mais qui concerne l'accompagnement direct des personnes accueillies. Ce sont vraiment des indicateurs qui concernent les professionnels sur le terrain comme les indicateurs qui concernent les personnes accueillies (durée moyenne de séjour, taux d'occupation, taux d'encadrement ou encore les déficiences) ou encore ceux liés au développement durable. Ce dernier gère des établissements relevant exclusivement du Département. C'est également un ancien éducateur spécialisé ayant monté les échelons. Il ajoutera plus tard lors de l'entretien : *“Mais aujourd'hui, on a tendance à mettre des indicateurs un peu partout, Donc on est noyé aussi sous un certain nombre d'indicateurs, d'items, de reporting en tout genre, et pour le coup qui ne nous parlent pas forcément au quotidien. Donc un petit côté rébarbatif.”*

Enfin, on retrouve tous les autres ESSMS qui assument ne pas avoir de culture des indicateurs comme l'entend l'ANAP. Ici ce sont tous des professionnels ayant commencé sur le terrain et qui ont monté les échelons mais qui se sont formés au management. Ces derniers relèvent du Département à l'exception d'un directeur d'une structure relevant de l'ARS exclusivement.

Cette présentation étant réalisée, on peut passer aux parties suivantes qui vont présenter des hypothèses sur “pourquoi il n'y a pas de culture des indicateurs ?”.

1. Culture des indicateurs et facteurs d'influence

a. Une culture des indicateurs liée au statut des structures

Le recours aux indicateurs semble étroitement corrélé au statut juridique des ESSMS et aux moyens dont ils disposent. Dans les groupes privés lucratifs, une culture du pilotage par la performance est bien ancrée : *“ Dans toutes les entreprises qui se doivent d’être performantes, on suit les indicateurs très régulièrement, c’est normal ”*. Le suivi est structuré et appuyé par des outils et des équipes support : *“ On est pointilleux sur le suivi des indicateurs de performance [...] on a un accompagnement qualité ”*. La logique est souvent systématisée, voire automatisée, contrairement à ce que certains professionnels ont connu ailleurs : *“ Ce qu’on retrouve peut-être moins dans les établissements publics ou certains associatifs ”*.

A l'inverse, dans d'autres contextes — notamment associatif ou public — la mobilisation des indicateurs peut être plus distante, voire contrainte. [En parlant du remplissage du TdB de l'ANAP] *“ Quand je suis arrivée ici, on ne les remplissait pas forcément [...] on le fait parce qu’on est obligé ”*. Le manque de sens perçu est un frein important : *“ Ce n’est pas quelque chose qui nourrit mon travail ou ma réflexion sur le pilotage ”*. Le recours aux indicateurs est alors jugé peu pertinent pour refléter la réalité du travail : *“ Ça ne montre pas la qualité de ce qu’ils font [...] on va chercher un peu plus de l’humain, et ça, pour le quantifier, c’est dur ”*.

Enfin, des professionnels issus du secteur non lucratif soulignent un équilibre à trouver : *“ Moi, j’ai une dotation sur 5 ans, on me dit “débrouillez-vous” ”*. S’il reconnaît la nécessité de piloter avec rigueur, il s’oppose à une logique trop marchande c’est-à-dire une logique ayant comme objectif de contrôler de sanctionner : *“ Il est hors de question que je tombe dans un système coercitif, je n’ai pas choisi ce métier-là pour ça ”*. Cela amènerait, selon cette direction au risque qu’ : *“ on tombe dans un modèle purement marchand avec des gens qu’on va peut-être sanctionner parce qu’en fait, comme chez McDo, ils n’ont peut-être pas assez vendu de Big Mac ou je ne sais pas quoi. ”*

b. Des perceptions influencées par les parcours professionnels et académiques

La manière dont les indicateurs sont perçus varie selon les profils des gouvernances. Les professionnels issus de formations récentes ou de cursus universitaires spécialisés semblent plus sensibilisés à leur usage : *“ Plus jeune génération, on est convaincus de l'utilité parce qu'on nous le rabâche à la fac ”*. À l'inverse, ceux issus de trajectoires opérationnelles, sans passage par une formation académique dédiée, peuvent être moins enclins à intégrer les indicateurs dans leur pratique : *“ Quelqu'un qui était infirmier, qui a monté les échelons, mais qui n'est pas passé à la fac, voilà, pour elle, ce n'est pas le sujet principal ”*. Cette évolution traduit une professionnalisation croissante du métier de cadre : *“ Le métier de cadre se professionnalise et se modernise de plus en plus [...] c'est sociétal ”*. Il est vrai que nous le rejoignons lorsqu'on analyse le parcours des interrogés.

2. Limites des usages par les ATC

a. Capitalisation du TdB par les ATC

Le Département

Les départements exploitent peu, voire pas, les indicateurs produits dans le cadre du tableau de bord de l'ANAP. Par conséquent, il est difficile de demander aux ESSMS de capitaliser dessus lorsque son ATC n'en fait elle-même rien. Plusieurs responsables d'ESSMS soulignent l'absence de retours ou de questionnements à ce sujet. Les échanges restent centrés sur les rapports d'activité, les données y étant traitées de manière narrative plus que chiffrée : *“ Moi, dans tous les échanges que j'ai eus avec le département, c'était pas les indicateurs à l'IMP qu'ils regardaient, mais ils regardent nos rapports d'activité, etc. et ils re-questionnent ce qui est écrit dedans. ”*

Pour certains, les indicateurs ne sont mobilisés qu'en cas de problème identifié, et encore, souvent à travers des audits spécifiques commandés par les départements plutôt qu'à partir des données ANAP : *“ Non, ils n'ont pas du tout regardé [les indicateurs ANAP liés aux finances concernant un déficit important]. Par contre, ils nous ont payé un audit qui est en train d'avoir lieu, où là, il y a un vrai travail qui est fait là-dessus. ”* D'autres estiment que

les institutions n'agissent qu'en cas de crise : *“Je ne suis pas sûr qu'ils soient super attentifs tant qu'il n'y a pas de problème.”*

Les interlocuteurs départementaux sont perçus comme peu au fait des réalités financières des établissements et peu formés à l'analyse des indicateurs : *“En toute honnêteté, je trouve que nos instituts de recruteurs côté département sont très mauvais et ont une très mauvaise connaissance de nos chiffres.”* Les critiques évoquent une approche floue, parfois non documentée : *“Ce qui nous est renvoyé souvent par les conseils départementaux, c'est votre modèle [...] avec des petites unités, etc. Ça coûte cher. Et en fait, non. Ce qui nous est renvoyé, c'est jamais documenté.”*

Certains ESSMS appellent à davantage de structuration dans l'utilisation de ces indicateurs par les départements, avec une vision partagée et objectivable : *“C'est des choses qui mériteraient d'être plus utilisées et qui sont inopposables. C'est des chiffres qui ne viennent pas de nous, on ne peut pas contester.”* Ils proposent même que cela devienne une exigence institutionnelle : *“Je pense que ça devrait même être exigé des départements, que ça soit l'objet d'un vrai dialogue, que ça soit piloté dans le temps.”*

De notre côté, comme expliqué plus haut dans le mémoire, lors du dialogue de gestion avec le Département, les indicateurs ANAP n'ont jamais été évoqués, bien qu'ils nous aient été demandés pour 2024. Les échanges ont porté sur d'autres choses (évaluation externe, démarche qualité, projets de travaux : ce qui est concret pour eux).

Cependant, le département intègre certains indicateurs dans le CPOM, parfois proches de ceux proposés par l'ANAP. Ces indicateurs concernent notamment le taux d'occupation, les ressources humaines ou les données financières : *“Oui, j'en vois. Tu vois déjà le taux d'occupation. Après, je pense que tout ce qui est aussi relatif à la RH, tu vois comme là, je vois taux d'ETP vacants, etc. Je pense que ça, ça doit être aussi questionné par le département.”*

Certains établissements reconnaissent que des seuils sont imposés contractuellement, comme en accueil temporaire : *“Oui, parce que je crois qu'en accueil tempo, le département, le CPOM, il nous impose, je crois que c'est 67 %. Et nous, on est à bien plus.”*

Bien que ces indicateurs ne soient pas toujours strictement issus du tableau de bord ANAP, ils abordent des dimensions similaires, en particulier sur le plan financier et RH : “Il doit y en avoir d'autres... après il y a des choses en lien avec le financier, bien entendu, on doit rendre des comptes sur le financier.” Ces données alimentent les échanges avec les autorités de tarification, sans que cela passe nécessairement par l’outil ANAP.

L'ARS

L'ARS intègre certains indicateurs ANAP dans le CPOM, notamment le taux d'absentéisme, mais sans suivi systématique. *“Chaque établissement en particulier, il n'y a personne qui nous rappelle derrière pour dire, c'est bien ce que vous avez fait, il faudrait se réajuster là-dessus.”*

Le CPOM est souvent perçu comme obsolète ou peu utilisé. Les ESSMS créent leurs propres objectifs et pilotent leurs résultats indépendamment. *“Le CPOM, on ne s'en réfère pas beaucoup parce qu'il n'est plus d'actualité.” “Les objectifs du CPOM 2017 ne correspondent plus à la réalité actuelle.”*

D'après les entretiens réalisés, certains établissements commencent à recevoir des synthèses visuelles, avec codes couleurs, pour situer rapidement leur performance par rapport au benchmark ANAP. *“Un condensé de la campagne ANAP 2023... ça permet visuellement très rapidement de se situer.”*

	Taux de réalisation de l'activité	Taux d'occupation acc. permanent	Taux d'occupation acc. temporaire	Taux d'occupation accueil de jour	Taux de rotation du personnel titulaire	Taux d'absentéisme du personnel	Taux d'endettement	Taux de CAF	Taux de vétusté des constructions
ESMS Activité 2023 NORD HAUTS-DE-FRANCE									
ESMS Activité 2022 NORD HAUTS-DE-FRANCE									
ESMS Activité 2021 NORD HAUTS-DE-FRANCE									

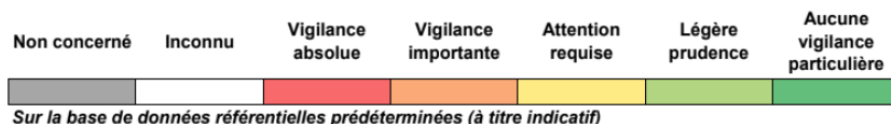


Figure 7 : Extrait de la fiche synthétique de la campagne ANAP envoyée aux ESSMS relevant de l'ARS Hauts-de-France (transmise par une direction interrogée)

Bref descriptif de son contenu : Cette fiche synthétique se compose également de deux graphiques en toile d'araignée, présentant le positionnement de l'ESSMS par rapport aux autres ESSMS sur les indicateurs principaux présentés juste au-dessus. Il y a ensuite une description des autres indicateurs sur les 3 dernières années (sans pourcentage d'évolution d'une année à l'autre). 3 des 4 axes sont présents : Ressources humaines, finances/budget et ressources matérielles ainsi que la caractérisation du public accueilli.

Cependant, le suivi reste inégal et la communication tardive. *“On reçoit les données trop tard, ça n'a plus trop de sens.”* L'ARS semble envisager de se baser davantage sur les données ANAP pour le suivi annuel, ce qui est perçu positivement. *“Ils m'ont dit qu'ils allaient plus se baser sur ce qu'on remplissait dans la campagne ANAP, ce qui a complètement du sens.”*

Les indicateurs suivis de près par l'ARS sont principalement le taux d'absentéisme et le taux d'occupation, considérés comme essentiels pour évaluer la vitalité des établissements. *“Mon interlocuteur ARS regarde bien le taux d'absentéisme et le taux d'occupation, ce sont des indicateurs de vivacité”*

Pourquoi une telle différence ?

L'ARS dispose de ressources financières et humaines dédiées, ce qui lui permet de suivre et analyser les indicateurs de façon plus régulière et approfondie. *“L'ARS, elle est blindée de fric... ils ont ce temps dédié, les fonds dédiés, les gens dédiés pour y travailler.”* En revanche, les départements sont souvent financièrement contraints et doivent prioriser d'autres urgences sociales. *“Le département financièrement, c'est le dernier de ses soucis... filer le RSA, refaire des routes, garantir des prix bas dans les cantines scolaires, tout ce qui touche la vie des gens au quotidien.”*

Les départements fonctionnent sous une pression politique plus forte, avec des décisions à court terme et une gouvernance plus volatile liée à l'électorat. *“La gouvernance est beaucoup plus versatile... la pertinence de l'indicateur va être remise en cause selon le bienfait électoral.”* Les priorités sociales départementales peuvent ainsi fluctuer selon les cycles politiques, rendant le suivi des indicateurs moins stable.

Pour l'ARS, les politiques sociales et médico-sociales s'inscriraient davantage dans la durée, avec des objectifs plus constants, malgré les changements gouvernementaux. *“On*

reste sur des projets, sur l'autodétermination, les indicateurs sont bien pris en compte.” Cette stabilité relative contraste avec l'instabilité départementale, souvent plus marquée par des contraintes budgétaires et des priorités immédiates.

b. Absence de coordination entre les différentes autorités gouvernementales

Plusieurs acteurs et autorités gouvernementales manquent de coordination dans la collecte des indicateurs : *« On additionne parfois les mêmes remontées d'infos. Au CPOM, on doit fournir quasiment les mêmes indicateurs régulièrement, mais il faut les réécrire à chaque fois. Ce qui est frustrant, c'est qu'on fait plusieurs fois le même boulot, ça prend beaucoup de temps. » « Certains objectifs du CPOM se recoupent avec les indicateurs ANAP, comme le taux d'absentéisme. »*

La HAS demande des indicateurs qualité absents du TdB ANAP, ce qui complique l'évaluation externe : *« On n'a pas su justifier certaines choses car tout ce qui n'est pas prouvé par écrit n'est pas pris en compte. On est passé à côté de beaucoup de points et ça a été décevant. »*

Le calendrier des rapports est mal synchronisé : *« On doit envoyer le rapport d'activité avant la campagne ANAP, donc on ne peut pas intégrer les perspectives de l'année en cours. »*

De multiples outils redondants compliquent le travail : *« On a plein d'outils différents qui demandent parfois les mêmes indicateurs. Il faudrait harmoniser tout ça pour simplifier. »*

Les différences de méthodes entre les enquêtes et les référentiels accentuent la difficulté : *« Les indicateurs varient selon les enquêtes, chacun défend sa propre méthode. Ce serait plus simple si les indicateurs étaient uniformisés. » « Sur des études qualitatives, les références théoriques changent selon les enquêtes, ce qui oblige à refaire les évaluations complètes à chaque fois. »*

L'ANAP avait pour objectif d'uniformiser les indicateurs, mais cela n'est pas encore réalisé : *« Ce sera certainement le cas un jour, mais c'est le temps de l'administration. »*

De notre côté, notre autorité de tutelle et de tarification qu'est le département nous demande actuellement de leur envoyer pour fin avril 2025 les indicateurs ANAP de 2024 alors même que la campagne ANAP n'a pas encore commencé. Il y a un manque réel de coordination entre les campagnes ANAP et les besoins pour les ATC afin de mener à bien leurs dialogues de gestion.

c. Un TdB qui ne servirait qu'aux ATC

Et pourtant, quasiment tous les ESSMS interrogés considèrent le tableau de bord comme un outil destiné aux autorités de tarification et de contrôle. Ils voient ce recueil comme une centralisation des données à l'échelle nationale pour permettre aux ATC d'avoir une vision globale et de piloter des politiques si besoin. Cependant, ils déplorent l'absence de retours concrets et d'impact sur leur gestion locale : *“Personne ne nous rappelle pour dire qu'il faut se réajuster.”* Certains l'ont perçu comme une contrainte administrative, notamment pendant le COVID, sans utilité immédiate. D'autres pensent que ces indicateurs pourraient alimenter des études ou comparer les établissements, mais sans certitude sur leur exploitation réelle : *“J'espère qu'ils en font quelque chose, ça pourrait être intéressant sur l'absentéisme ou la démographie.”* Plusieurs voient dans ce dispositif une forme d'évaluation ou de contrôle, et une volonté d'assurer une certaine équité territoriale en comparant les moyens alloués aux établissements : *“L'objectif serait d'équilibrer les dotations, pas de tirer tout le monde vers le bas.”*

Seul un ESSMS a exprimé une perception différente, estimant que le TdB devait aussi servir d'outil de pilotage pour les établissements eux-mêmes, en lien avec les départements et l'ARS. *“La cible idéale serait un outil de pilotage partagé, bénéfique aussi bien aux établissements qu'aux autorités.”*

À travers leurs discours, s'ajoutent plusieurs critiques récurrentes : indicateurs jugés trop généralistes, faible valeur opérationnelle, manque d'adaptabilité aux réalités des structures, ou encore absence de lisibilité dans les retours. Nous allons donc aborder les limites et critiques émises par les directions sur l'outil.

3. Limites et critiques du TdB ANAP

a. Une méconnaissance du TdB de l'ANAP et des possibilités d'utilisation

L'utilisation des indicateurs ANAP reste globalement mal connue des ESSMS interrogés. Plusieurs directions ne savent pas exploiter pleinement le tableau de bord (TdB), voire ignorent certaines de ses fonctionnalités comme l'onglet de comparaison comme on a pu le voir précédemment. Les indicateurs sont perçus comme imposés, sans réelle appropriation opérationnelle : *“si ils existent, c'est qu'il y a sans doute une utilité”*, traduit une posture d'acceptation passive plus que d'usage stratégique.

Le tableau de bord de l'ANAP n'est pas globalement exploité par les établissements interrogés. Il est perçu comme un outil rébarbatif, peu valorisé, et sans retour concret suite à la saisie des données. Les professionnels utilisent bien certains indicateurs présents dans les grilles ANAP, mais les mobilisent indépendamment de la plateforme. L'analyse des données (ex. : absentéisme, turnover) s'intègre dans des démarches internes (plans d'action, comités de direction) sans lien structuré avec le TdB ANAP, qui reste perçu comme une compilation statique.

Les ESSMS n'exploitent pas le tableau de bord dans son ensemble, mais sélectionnent uniquement les indicateurs qu'ils jugent utiles. Le tableau de bord en tant qu'outil structurant est mis de côté : *“Ce n'est plus ce tableau de bord en manière générale.”* L'approche est fragmentée et opérationnelle, orientée vers le court ou moyen terme, avec une logique de sélection contextuelle : *“On va prendre ceux qui nous semblent pertinents pour écrire les 5 ans.”* L'aspect stratégique et transversal du TdB est ainsi largement ignoré.

Les établissements ne connaissent pas précisément les ressources mises à disposition par l'ANAP pour analyser les indicateurs. Comme l'a formulé une direction, les informations sont supposées être disponibles sur le site ou dans les mails reçus, mais ne sont pas identifiées ou consultées : *“j' imagine, j'espère”*. Cette méconnaissance traduit une nouvelle fois un désintérêt ou un manque de temps, malgré une conviction sur l'utilité

des indicateurs. Par ailleurs, la plateforme ANAP est jugée peu ergonomique, ce qui freine l'accès aux données : *“je trouve que la plateforme n'est pas hyper ergonomique”*.

Pour autant, les ESSMS adoptent une approche multidimensionnelle de la performance en mobilisant des indicateurs au-delà du seul prisme financier. Si les indicateurs financiers restent un socle essentiel, ils sont complétés par des données relatives aux ressources humaines (ex. : absentéisme, pyramide des âges) et à la performance énergétique. Cette diversité traduit une volonté de piloter l'établissement selon plusieurs axes stratégiques cohérents avec ses valeurs, notamment dans le cadre d'une entreprise à mission pour un EHPAD interrogé.

b. Absence d'harmonisation entre les indicateurs collectés

Comme vu précédemment, il est vrai que les indicateurs peuvent se calculer de manière différente selon l'objectif souhaité pour l'indicateur ou alors la recommandation de bonne pratique à laquelle on souhaite se référer.

Une direction expose que des logiciels comme Imago sont utilisés en interne pour extraire des données, mais ils ne sont pas conçus pour répondre aux exigences spécifiques des indicateurs ANAP. Les données disponibles ne correspondent pas toujours aux formats ou aux indicateurs attendus. Selon lui, adapter ces outils représenterait un coût supplémentaire, car les éditeurs facturent ces ajustements spécifiques.

c. Des indicateurs jugés peu opérationnels et trop généralistes

Les indicateurs proposés sont jugés trop généraux pour être intégrés efficacement dans le fonctionnement opérationnel de certains ESSMS.

Selon une direction, certains indicateurs peuvent être utiles, mais d'autres restent trop éloignés des réalités terrain : *“Il y en a qui peuvent être utilisés, et d'autres qui ne peuvent pas l'être parce qu'ils sont trop généraux.”* La diversité des projets de service complique l'élaboration d'un référentiel commun pertinent : *“Les projets sont tellement différents que ce serait compliqué d'avoir des indicateurs satisfaisants pour tout le monde.”*

La direction suggère plutôt une catégorisation par type d'établissement : *“ Ils pourraient créer des indicateurs spécifiques pour les foyers de vie, d'hébergement, etc. Parce qu'on ne fait pas du tout la même chose. ”*

Elle cite des exemples d'indicateurs proposés (nombre de partenaires, réunions partenariales, matériel numérique, compétences via Imago), mais souligne leur déconnexion du quotidien opérationnel au sein de son ESSMS.

d. Un TdB perçu comme peu pertinent et incomplet

Le tableau de bord de l'ANAP est perçu comme peu pertinent ou incomplet par plusieurs directions. Certains indicateurs sont jugés peu utiles au quotidien et s'ajoutent à la charge administrative. Les professionnels affirment ne pas attendre le recueil annuel ANAP pour piloter leurs établissements, préférant des ajustements plus réactifs et réguliers. Ils soulignent que les données réellement exploitables sont souvent déjà suivies en interne, via d'autres outils plus adaptés à leurs besoins : *“ Sur l'ANAP, il y a certains indicateurs qui ne sont pas forcément utiles au quotidien. ”* Ou encore : *“ C'est une tâche administrative supplémentaire. ”* Autre verbatim : *“ On n'attend pas chaque année de faire le recueil des infos de l'ANAP pour réagir. ”*

Certaines directions préfèrent utiliser des outils internes, construits autour d'objectifs spécifiques et opérationnels, souvent fixés dans le cadre du CPOM. Les indicateurs ANAP ne sont pas mobilisés dans ce pilotage personnalisé : *“ J'ai moi-même mes tableaux avec aussi quatre axes, un axe RH, un axe écologique, activité, etc. qui ne ressemble pas à l'enquête ANAP. ”* ou encore d'après une autre direction : *“ Je vais en avoir des pragmatiques... mise en place de poulaillers, d'éco-pâturage, tri des déchets... ”*. Autre verbatim : *“ Sur les énergies... j'ai des exigences fixées par le département : réduire chaque année de 5 % ma consommation. ”*

Toutefois une direction reconnaît que les indicateurs ANAP offrent une vision suffisamment complète et précise de l'établissement, du moins sur le plan quantitatif : *“ Je pense que c'est assez complet. Quand on a tout ça, on a quand même une description assez précise de l'établissement, en tout cas d'un point de vue chiffré. ”*

e. D'autres outils perçus comme plus pertinents existent

Les ESSMS s'appuient sur une diversité d'indicateurs et de logiciels en complément, voire en substitution, de ceux proposés par l'ANAP. Ces outils internes sont souvent jugés plus adaptés à leurs besoins opérationnels, en particulier pour un pilotage fin et en temps réel.

Plusieurs établissements suivent des données très spécifiques : indicateurs de sécurité, environnementaux (CO₂, température, humidité) : *“On a des capteurs dans l'établissement qui permettent de suivre l'évolution de la température, du taux de CO₂, de l'humidité.”* Il y a aussi des TdB RH (ETP, turnover, absences par motif), ou encore médico-sociaux (usage de psychotropes, contentions, projets personnalisés). D'autres mesurent la satisfaction des usagers via des outils comme le Net Progressing Score : *“On utilise le Net Progressing Score.”*, ou suivent les indicateurs RSE appliqués aux soins : *“Le taux de réalisation des projets d'accompagnement personnalisés, le taux de contention, le taux d'utilisation des psychotropes...”*

Des logiciels comme Imago ou Morio, NetSoins sont largement utilisés. Ils permettent un suivi RH, une analyse des profils des personnes accompagnées, et des corrélations entre les notifications MDPH et l'offre effective de service. Cette approche alimente une stratégie d'adaptation continue de l'offre, parfois jusqu'à influencer les politiques locales : *“Ils ont développé des services autour des TSA [Personnes atteintes de Troubles du Spectre Autistique] en analysant les données d'Imago.”* *“On regarde le type de notification pour faire évoluer les appellations auprès de la MDPH.”*

D'autres établissements structurent leur pilotage autour de rapports d'activité, de plans d'action ou d'analyses récurrentes. Ils affinent le suivi des absences : *“Chaque mois, on suit dix motifs d'absences pour construire des plans d'action.”*, du turnover : *“Je reprends chaque indicateur depuis 2018 pour suivre le turnover.”* ou des flux d'entrées/sorties : *“Le logiciel donne une photo à l'instant T, il faut donc croiser avec d'autres sources.”*, souvent sur la base d'extractions mensuelles ou annuelles, avec un objectif d'amélioration continue.

Tous ces TdB et logiciels sont utilisés dans un objectif opérationnel. Aucunement il n'a été question de la mise en place d'un TdB élargi et multidimensionnel basé sur une stratégie

concrète. Les indicateurs sont suivis exclusivement individuellement mais bien plus régulièrement que la fréquence de recueil demandée par l'ANAP qui est d'une fois par an.

f. Les pratiques de recueil des indicateurs

Entre les établissements qui ont automatisé le recueil des indicateurs et ceux qui le réalisent manuellement en mobilisant chaque fonction, les pratiques sont contrastées. Certains ESSMS, comme un de ceux du groupe Colisée, misent clairement sur l'efficacité grâce à des outils numériques performants. Le logiciel Gameo permet par exemple aux agents techniques d'enregistrer facilement les maintenances : *“On a développé le lancement d'un nouveau logiciel de suivi qui s'appelle Gameo, qui permet à l'agent technique de pouvoir rentrer l'ensemble des maintenances qu'il réalise.”* Des questionnaires de satisfaction sont envoyés automatiquement tous les trois mois aux proches : *“Avec des questionnaires qui sont envoyés de manière automatique à tous les proches tous les trois mois, ce qui nous permet d'avoir un retour.”*

NetSoin, de chez Teranga, permet une centralisation et une extraction rapide des données : *“On utilise le logiciel NetSoin... qui permet en fait d'avoir un retour objectif avec l'ensemble des infos, des statistiques... c'est très rapide d'avoir une extraction des données.”* Une fonctionnalité spécifique génère même les exports d'indicateurs ANAP en moins d'une heure : *“Le logiciel est hyper intéressant... une extraction de données ANAP qui se fait de manière automatique.”*

D'autres établissements utilisent NetStatistique pour accéder directement aux données ANAP sans solliciter le personnel : *“Vous allez dans Netstatistique, vous marquez ANAP, vous exportez vos données.” “Je n'ai même pas besoin d'aller les voir (les pros).”*

À l'inverse, certaines structures n'ont pas de système automatisé. Elles créent leurs propres fichiers Excel avec des formules intégrées : *“J'avais programmé des formules dans Excel, ça calculait tout seul.”* D'autres outils RH comme Morio permettent un traitement partiellement automatisé : *“Ils utilisent Morio, qui doit calculer tout seul je pense.”* Pour les indicateurs financiers (ERRD, EPRD), une automatisation partielle est assurée par les services du siège, qui consolident les données des établissements : *“C'est centralisé au niveau du siège... une grosse partie est effectuée par un service de relations institutionnelles.”*

Dans les établissements bien équipés, le remplissage des grilles ANAP prend environ une heure. Ailleurs, le processus peut s'étaler sur plusieurs semaines, faute d'automatisation ou de reporting structuré.

Le degré d'implication des équipes dans le recueil et l'analyse des indicateurs varie également. Dans certaines structures, les équipes sont intégrées dès la conception et le suivi des projets, notamment les professionnels de santé : *“On inclut les équipes à chaque fois dans différents projets... ce sont des indicateurs qu'on suit très régulièrement.”* *“Notre médecin-co et notre IDEC suivent ces indicateurs-là.”*

D'autres structures, notamment dans le secteur du handicap, centralisent tout à la direction : *“Je le faisais tout seul... je les ai sollicités la toute première année, puis plus du tout.”* Les professionnels saisissent les données dans les logiciels sans en connaître l'usage final.

Enfin, dans des établissements plus grands, certaines fonctions supports (DAF, RH, secrétariat) prennent en charge la collecte : *“La campagne est un peu automatique... j'ai deux personnes qui me remplissent les différentes enquêtes.”*

Ces écarts révèlent des positionnements divergents. Certaines directions choisissent de conserver la main sur les indicateurs pour garder une vision stratégique. D'autres automatisent pour gagner du temps et se concentrer sur l'analyse : *“Ça nous permet d'avoir un retour... et parfois de se réajuster.”* Ce qui ressort pour la majorité des directions interrogés c'est que, bien qu'automatisés, les directions n'analysent que partiellement les données, manquant ainsi l'objectif principal : guider l'action.

g. La fréquence de recueil des indicateurs qui change selon l'indicateur voulu et l'objectif opérationnel

Comme vu précédemment, certains ESSMS recueillent et analysent leurs indicateurs bien plus fréquemment que ce que demande l'ANAP. Le suivi est souvent intégré aux outils de gestion interne avec une logique de pilotage opérationnel régulier. Ainsi, dans un EHPAD, les soldes intermédiaires de gestion (SIG) sont analysés mensuellement, enrichis d'indicateurs RH comme le taux d'absentéisme, ou d'indicateurs d'activité comme le taux d'occupation et le prix moyen journalier : *“Oui, sur nos soldes intermédiaires de gestion*

qu'on reçoit tous les mois." "On y ajoute aussi tout ce qui est indicateur RH, par exemple le taux d'absentéisme." "Le taux d'occupation... le prix moyen journalier qui se fait tous les jours pour le coup."

D'autres établissements ont un rythme trimestriel structuré. Le recueil y est lié à des réunions formelles avec la direction des ressources humaines ou le contrôle de gestion, ce qui rend l'exercice ANAP presque redondant : *"Tous les trimestres, j'ai un point avec mon DRH, mon contrôleur de gestion... pour analyser justement la partie budget avec eux, la partie RH, l'absentéisme." "On les aborde, peut-être pas tous, mais une grande partie... finances, RH et matérielles."*

En revanche, la collecte mensuelle de certains indicateurs comme les SIG est perçue comme excessive dans d'autres contextes, notamment pour des projets à long terme : *"Tous les mois non, parce que ça n'a pas de sens." "Les factures, ça vient entre les projets que vous signez maintenant et qui vont arriver dans 2-3 mois."*

La fréquence annuelle imposée par l'ANAP est donc généralement bien acceptée, car elle reste légère comparée aux analyses internes : *"Moi ça me va parce qu'en soi ça vient juste poser des chiffres que nous on analyse déjà l'année." Pour certains, l'idée d'un recueil plus fréquent ne s'est même pas posée, tant les outils internes suffisent : "Je ne sais pas comment gèrent les autres directeurs mais c'est sûr que moi... tous les mois j'ai aussi des graphiques et des stats qui tombent." Le remplissage du TdB de la performance de l'ANAP est clairement perçu comme un simple reporting, une corvée administrative.*

Enfin, certains professionnels disposent d'indicateurs actualisés en continu via les systèmes d'information, notamment sur l'occupation, le turnover ou les mouvements internes : *"J'ai des indicateurs permanents sur le taux d'occupation, le turnover, etc."*

Ces pratiques montrent que, dans de nombreux ESSMS, le recueil des indicateurs ANAP s'inscrit en une tâche administrative supplémentaire car il y a déjà un suivi suffisant, souvent plus opérationnel, avec une logique de pilotage qui dépasse le seul cadre institutionnel. Mais ce suivi déjà suffisant ne concerne qu'une partie infime des indicateurs demandés par l'ANAP. On y retrouve toujours les mêmes : taux d'absentéisme, turnover, taux d'occupation. La fiche synthèse que délivre d'ARS HdF aux ESSMS illustre bien le désintérêt pour certains indicateurs relevés dans le TdB. A la première page de la fiche synthétique, on retrouve : Taux de réalisation de l'activité, Taux d'occupation (acc.

permanent, acc. temporaire, accueil de jour), Taux de rotation du personnel titulaire, Taux d'absentéisme du personnel, Taux d'endettement, Taux de CAF, Taux de vétusté des constructions. L'axe développement durable et maturité du système d'information est complètement oublié dans la fiche synthétique. Preuve du désintérêt total de ces "échelles de maturité".

À l'inverse de structures qui suivent leurs indicateurs régulièrement, certains ESSMS se limitent au recueil imposé par l'ANAP une fois par an. Cette fréquence est parfois considérée suffisante, voire perçue comme une formalité.

Pour d'autres, le recueil des indicateurs ANAP annuel est jugé pertinent sur le fond, mais pas dans sa forme actuelle. Ces structures utilisent les mêmes données en interne, mais selon des formats ou temporalités différentes. *"Ce n'est pas l'indicateur qui est inutile, c'est le fait de l'avoir annuellement sous cette forme."* *"On l'utilise de manière régulière... on le recueille à travers l'observation."* Concrètement, le TdB n'est pas utilisable sous cette forme. Est réapparu assez souvent dans les entretiens avec les ESSMS relevant de l'ARS le fait que la fiche synthétique est bien plus pertinente et facile à analyser. « On sait en un coup d'oeil où est ce qu'on est bon, ou est ce qu'on doit être vigilant par rapport aux autres ESSMS. Cela se voit facilement grâce au code couleur ».

La collecte est aussi motivée par des analyses thématiques : vieillissement de la population accueillie, besoins spécifiques, ou gestion des accueils temporaires. *"On a fait toute une étude sur le vieillissement de notre population... on met en place un partenariat avec le secteur personnes âgées."* *"Le taux d'occupation est regardé souvent... des fois on a 200 ou 300 %."*

Ces pratiques montrent que certains ESSMS adaptent les indicateurs ANAP à leurs priorités internes, mais sans en faire une collecte rigoureuse ou systématique, préférant des usages ponctuels, contextuels ou observés sur le terrain.

II. Les pistes d'optimisation permettant de capitaliser sur ces indicateurs

Si dans la partie précédente, nous nous sommes intéressés à la faible appropriation du tableau de bord de la performance et de ses indicateurs, dans cette deuxième partie, on

va s'intéresser à l'état des lieux sur l'exploitation du TdB et de ses indicateurs pour le pilotage interne des ESSMS. S'ajoutera également des pistes d'optimisation permettant de capitaliser sur ces indicateurs.

a. L'absence de discussion à la suite de la campagne ANAP

Les ESSMS ne mettent pas en place de réunions pour discuter des résultats, juste après la restitution des données, suite à la campagne ANAP. Les données sont saisies, mais elles ne donnent pas lieu à une analyse suivie et encore moins à des mesures correctives alors même que les indicateurs sont disponibles pour l'analyse. Les seuls plans d'actions et réunions formalisés le sont dans le cadre de l'évaluation HAS ce qui n'a rien à voir avec le TDBP. Même lorsqu'un indicateur paraît défavorable, il ne déclenche pas de réaction particulière : « En trois ans, je n'ai pas souvenir qu'on se soit dit... il faut qu'on fasse quelque chose. » après la campagne ANAP. Pourtant, il serait intéressant de faire une réunion pluriprofessionnelle pour analyser les résultats qui ressortent de cette campagne même lorsque les indicateurs peuvent paraître "bons".

b. L'élaboration de stratégies internes à partir des indicateurs de l'ANAP

Globalement, peu de stratégies ressortent des entretiens à la suite du recueil des indicateurs. Si certains indicateurs sont effectivement mobilisés, leur exploitation reste ponctuelle, souvent limitée à des enjeux RH, et rarement rattachée à plusieurs indicateurs. L'aspect multidimensionnel pour l'élaboration d'une stratégie est complètement omis.

L'indicateur le plus fréquemment évoqué est celui du taux d'absentéisme. Plusieurs directeurs l'ont identifié comme un problème majeur ayant donné lieu à des actions concrètes. L'un d'eux explique : "Oui, la chose plutôt classique, c'est celui du taux d'absentéisme, qui est un sujet majeur dans tous les établissements de santé." Un autre précise qu'il a engagé un travail de fond en lien avec les instances représentatives du personnel pour analyser les accidents du travail, sensibiliser les équipes aux impacts invisibles de l'absentéisme et faire évoluer les comportements : "On a travaillé sur la mise en place d'une vraie culture."

Une structure a mené des démarches stratégiques RH (réduction de l'absentéisme, amélioration de la qualité de vie au travail), mais sans forcément s'appuyer sur les indicateurs issus du tableau de bord ANAP. La directrice souligne ainsi : "ça on le fait, mais pas via les indicateurs ANAP." Elle possède ses propres outils pour suivre ses indicateurs RH d'autant plus que pour piloter sa stratégie, il est nécessaire de suivre les indicateurs plus fréquemment qu'une fois par an (comme pour la campagne ANAP).

Un usage plus original a été évoqué dans un cadre académique, en lien avec un mémoire de fin d'études. L'indicateur de turnover a été utilisé pour établir un diagnostic sur la mobilisation des professionnels, en lien avec la question du sens au travail : "Je me suis basé sur ces taux-là et j'ai pu aller benchmarker au niveau départemental et national."

Hormis le taux d'occupation évoqué pour construire une "stratégie de communication pour assurer la pérennité de l'établissement", les autres indicateurs du TdB ANAP n'ont pas été cités comme déclencheurs d'action stratégique. Cela renforce l'idée d'un usage marginal, de l'outil dans les décisions de pilotage.

De notre côté, au sein de notre structure, à la suite du recueil précoce des indicateurs demandés par l'ANAP, nous avons pu mettre en place de réelles stratégies. Nous savions qu'il était, par exemple, nécessaire de réinvestir dans le centre d'activité de jour ainsi que dans les bureaux. Le recueil du taux de vétusté, que nous avons découpé pour chaque "sous-lieu" de l'établissement, a pu nous conforter dans nos projets d'investissement cette année.

Le vieillissement d'une moitié de notre population a pu être également constaté avec la pyramide des âges que nous avons réalisée sur Excel (pour une meilleure lisibilité par rapport au TdB sur l'ATIH). Par conséquent, nous projetons très prochainement de réorganiser l'affectation des lieux pour avoir un foyer qui contiendrait les personnes accueillies ayant des difficultés à monter les marches ou ayant un risque de chute plus important. Cela nous conduit donc à investir dans un ascenseur dès la fin d'année.

Pareillement pour le taux d'absentéisme, nous l'avons davantage découpé que ce que préconise l'ANAP. L'ANAP la demande découpée par motif (arrêts maladie de courte, moyenne, longue durée ; accident du travail et maladies professionnelles ; congés spéciaux ; congés maternité / paternité) . Nous avons découpé le motif "congés spéciaux" pour faire ressortir une stratégie RH sur la Qualité de Vie et des Conditions de Travail. Nous constatons, certes qu'accepter des congés sans solde fait augmenter le taux

d'absentéisme, mais cela rentre dans une stratégie de la qualité de vie au travail, considérant que les professionnels doivent vivre des moments importants dans leur vie en-dehors du cadre professionnel. Nous avons donc un indicateur qui permet de mettre en avant notre stratégie QVCT en plus. Nous l'avons présentée à notre Département. Cela pourra également être mis en avant pour la prochaine évaluation externe de la HAS.

Enfin, sur le dernier axe "Objectifs" du TdB de l'ANAP, l'échelle de maturité moyenne qui a un score plus bas que la moyenne du Département nous a conduit à réinvestir dans un audit afin de sécuriser davantage notre système d'information. L'échelle de maturité va de 1 à 5 et est déterminée par la réponse à plusieurs questions en rapport avec le système d'information. Cet audit nous permettra également d'intégrer plus facilement le modèle SERAFIN PH lorsqu'il arrivera.

Un grand nombre de stratégies est possible avec ces indicateurs mais surtout, ces indicateurs permettent d'objectiver un besoin de stratégie. Il est clair qu'il suffit la plupart du temps d'aller sur le terrain "pour voir si ça se passe bien", mais avoir un indicateur qui indique le même constat que celui que nous faisons via de l'observation nous permet de déclencher une stratégie plus facilement mais également de suivre ses effets.

c. Un outil de discussion en comité de direction (CODIR)

Les indicateurs ANAP ne sont pas laissés de côté pour un ESSMS : ils sont partagés en comité de direction pour alimenter les discussions stratégiques, notamment en lien avec le CPOM ou les négociations avec l'ARS. L'enjeu est de pouvoir justifier son activité et d'anticiper les impacts de dispositifs comme SERAPHIN-PH sur les financements : « On les partage en comité de direction... on a tout intérêt à savoir de quoi on parle. » au vu des enjeux futurs.

A titre d'exemple donné par une direction, les indicateurs sur la caractérisation du public accueilli servent aussi à ajuster les compétences des équipes en fonction des profils accompagnés. La direction souligne la nécessité d'adapter les formations des encadrants aux spécificités des publics accueillis, notamment face à des évolutions du type de handicap : « C'est à nous de faire en sorte qu'ils soient formés pour mieux accompagner. ». Ces verbatims nous ont rappelé que pour la campagne 2025, seront ajoutés le taux de formation des professionnels ainsi que le nombre de salariés ayant une

qualification conforme au poste occupé. Ces indicateurs sont très généraux mais il pourrait inciter les ESSMS à se pencher sur le niveau de formation et de qualification de leurs professionnels par rapport au public accueilli. Il serait possible que les ESSMS décomposent ces indicateurs et aillent plus loin que ce que demande l'ANAP pour faire ressortir une réelle analyse... Il serait intéressant de décomposer les heures de formation suivies selon la thématique abordée pour voir si cela colle avec la stratégie de l'ESSMS liée à la formation. On pourra aussi décomposer cet indicateur en distinguant les types de métiers (éducatifs, paramédicaux et bureau)

d. Négociation avec les ATC avec les indicateurs

Globalement, les entretiens révèlent que l'exploitation des indicateurs à des fins de négociation avec les autorités reste marginale, bien qu'elle soit envisagée ponctuellement comme un levier stratégique. L'usage principal repose sur les indicateurs médico-économiques réglementaires tels que le PMP (Pathos Moyen Pondéré) et le GIR moyen pondéré (deux indicateurs spécifiques au secteur personnes âgées). Comme l'indique un directeur: *“le seul levier qu'on a en réalité, c'est le PMP, Pathos Moyen Pondéré et le GIR Moyen Pondéré [...] le seul moyen sur lequel on peut éventuellement négocier”*. Ces données servent principalement à appuyer des demandes de financement ou de revalorisation des moyens, comme des crédits non reconductibles (des enveloppes financières supplémentaires accordées par les ATC) : *“il peut y avoir une action de l'ARS [...] un CNR, qui peut être attribué”*.

Dans certains cas, ces indicateurs ont permis d'obtenir des évolutions concrètes : *“on a pu justifier cette demande de création [d'un centre spécialisé pour TSA] et ça a été accepté”*. Toutefois, ces situations restent rares et souvent dépendantes du type d'indicateurs mobilisés. L'un des témoignages illustre aussi les limites du dispositif : *“je l'ai tenté une fois [...] mais on s'est fait recalé”*.

Une directrice rappelle : *“Pour négocier notre CPOM, il va falloir justifier un certain nombre de choses qu'on fait comme boulot. Et ce qu'on fait comme boulot, c'est bien des indicateurs qu'il faut suivre à un moment donné et prouver l'évolution”*. Cela inclut aussi les taux d'équipement, les investissements réalisés et la politique RH. Néanmoins, la logique reste encore centrée sur les moyens plus que sur les résultats : *“Aujourd'hui, c'est des moyens. On négocie des moyens. On n'est pas encore dans du résultat”*.

De notre côté, lors du dialogue de gestion avec le Département, notre unique ATC, les indicateurs ANAP n'ont jamais été évoqués. Bien qu'ils nous aient été demandés pour 2024 — alors même que la campagne ANAP n'avait pas encore commencé pour cette année —, ils n'ont eu aucune utilité. Les échanges ont porté sur l'évaluation externe, la qualité, et les projets d'investissements, sans mobilisation de ces indicateurs.

e. Transparence auprès des familles et personnes accueillies

L'usage des indicateurs à des fins de transparence auprès des familles et des personnes accompagnées est inégalement investi par les établissements. Dans certains cas, une réelle volonté de communication existe, notamment via le CVS. Le taux d'occupation, l'absentéisme ou les accidents du travail sont alors partagés, accompagnés d'explications. Cette transparence est perçue comme un levier de confiance : *“si on veut que les gens nous fassent confiance, il faut qu'on soit transparent.”*

Dans d'autres structures, les indicateurs ne sont pas présentés tels quels mais intégrés à des documents plus globaux comme les rapports d'activité ou les bilans sociaux, qui sont ensuite diffusés aux familles et partenaires. Un effort de simplification est souvent mentionné pour rendre ces données plus accessibles : *“on essaye de simplifier au max et de leur transmettre aussi des infos qui vont leur paraître compréhensibles.”* Ce travail de vulgarisation est aussi un moyen d'orienter la lecture vers les éléments jugés pertinents.

Plusieurs directions expriment toutefois des limites à cette transparence, soit par choix (*“ils ne sont pas là pour ça”*), soit en raison du faible engagement de certaines familles. Une directrice souligne la nécessité de bien doser l'information technique : *“il faut bien réfléchir à comment on les présente, avec quel message on les accompagne.”* Certains établissements, notamment dans le champ de la déficience intellectuelle, insistent sur la complexité de l'exercice : *“on utilise pas mal le Facile à Lire et à Comprendre (FALC), on essaye de simplifier les messages [...] mais il y a certains sujets qui sont un peu plus compliqués à aborder.”* Même des notions comme l'arrivée d'une mutuelle peuvent déjà poser des difficultés de compréhension pour l'exemple de l'ESAT.

Ainsi, certaines structures mobilisent d'autres indicateurs que ceux de l'ANAP, notamment liés à la qualité (plaintes, réclamations, événements indésirables), car ils sont jugés plus

parlants et exigés pour l'évaluation externe basée sur le référentiel unique de la Haute Autorité de Santé.

De notre côté, nous sommes plutôt convaincus que les personnes accueillies ainsi que leurs familles ne sont pas là pour entendre des données de gestion pure. Présenter les indicateurs simplement n'aurait aucun sens. À la rigueur, on pourrait les représenter à travers des codes couleur ou des pictogrammes, par exemple sur les finances. Présenter les grands équilibres financiers pourrait se faire via des balances par exemple. Pour le dernier CVS, nous avons adossé des indicateurs à nos projets d'investissement (ascenseur, équipements, rénovation des bureaux), en illustrant notamment le taux de vétusté et la pyramide des âges. Les indicateurs peuvent être utilisés afin d'alimenter des discussions avec les représentants des familles et des personnes accueillies. Ils peuvent aussi, dans cet exemple, objectiver un besoin pour atteindre un objectif.

f. Transparence auprès des salariés

La transparence envers les professionnels sur les indicateurs varie encore une fois selon les pratiques managériales et les postures culturelles des établissements. Certains choisissent de partager des éléments chiffrés lors d'instances comme le CSE, notamment autour des données sociales (absentéisme, turnover, type de contrats) ou de la situation économique. Toutefois, la présentation reste souvent simplifiée, car les équipes ne sont pas toujours familières avec les notions financières ou statistiques : *“c'est un peu obscur, quand tu parles de ratio, etc.”*. Un directeur précise : *“je vais essayer de me montrer pédagogue [...] si j'ai une incompréhension d'un professionnel devant une de mes décisions qui repose sur un indicateur financier, je lui expliquerai [...] mais je vais pas être proactif en donnant le bilan financier, parce que j'en ai pas le temps”*.

Dans d'autres structures, les indicateurs en tant que tels ne sont pas nommés ou présentés comme tels. Le mot même peut être évité, jugé trop éloigné de la culture des professionnels du soin / éducatif : *“le mot indicateur, il est presque banni dans le langage avec les équipes.”* L'accent est alors mis sur la reconnaissance du travail fourni ou les résultats d'évaluations, dans une logique de valorisation plus que de pilotage.

Certains établissements préfèrent une approche indirecte, mobilisant les données jugées les plus stratégiques, comme la pyramide des âges : *“on va plus facilement parler d'une*

pyramide des âges que du taux d'absentéisme” ou encore *“il y a des stratégies à avoir selon les profils [...] on ne va pas tous les utiliser, on va prendre ceux qui nous semblent pertinents pour écrire les 5 ans”*. Cette logique permet de construire un discours RH accessible, orienté vers l'action.

Plusieurs directions reconnaissent que des marges de progrès existent, notamment en élargissant les thématiques abordées, comme l'activité ou le développement durable, ou en adaptant davantage les formats de présentation. Afin que le CSE ne soit pas en difficulté pour *“porter des réflexions stratégiques”*, simplifier n'est peut-être pas suffisant. Dans notre structure, bien que nous soyons en carence de CSE, nous avons la volonté, dès sa mise en place, de construire un dialogue stratégique. Il nous paraît indispensable de sensibiliser les représentants aux différents indicateurs, de les présenter en amont et de les comparer à ceux des autres ESSMS pour enrichir les échanges et co-construire des orientations à moyen voire long terme.

g. Transparence auprès des partenaires

D'après les réponses dans les entretiens, les indicateurs ne sont jamais partagés systématiquement avec les partenaires (banque, centres d'activités, prestataire pour la cuisine, la lingerie, l'approvisionnement, etc...), car ils sont perçus comme peu pertinents pour qualifier la nature de la relation partenariale ou la qualité de l'accompagnement proposé. Leur utilisation reste ponctuelle et ciblée, notamment lorsqu'il s'agit de valoriser certains aspects spécifiques de l'activité ou de renforcer un message lors d'une évaluation externe de la HAS : *“plutôt avec une idée précise, avec un message précis.”* En dehors de ce cadre, leur diffusion est jugée peu utile, voire hors de propos.

Un directeur confirme : *“je crois que c'est pas utile, non ? [...] les impacts financiers dans les négociations de crédit, le DAF va forcément apporter les indicateurs, mais pour négocier un bon taux, on regarde notre réserve de trésorerie”*. Cette remarque souligne que dans certains contextes particuliers – comme les discussions bancaires ou financières – certains indicateurs économiques peuvent toutefois être mobilisés de manière ciblée.

Pour autant, nous pensons que réaliser un rapport d'activité davantage axé sur les finances et la stabilité de la structure pourrait s'avérer utile auprès de partenaires majeurs. Une telle transparence annuelle pourrait devenir un levier de négociation, en rassurant sur

la solvabilité de la structure, notamment dans les situations où un report de paiement ou une baisse de tarif seraient envisagés. Néanmoins, dans le secteur médico-social, le financement étant essentiellement public, la priorité des autorités (ATC) reste la continuité de l'accompagnement des personnes, ce qui recentre leur attention sur la stabilité globale et donc l'impératif d'éviter la faillite des ESSMS. Concrètement, les ESSMS ont peu de risque de mettre la clé sous la porte étant donné que les ATC les soutiennent financièrement. Les partenaires sont donc en principe protégés dans une certaine mesure de l'insolvabilité de l'ESSMS avec qui ils collaborent.

h. Comparaison avec les autres ESSMS

Une grosse majorité des interrogés n'avait pas connaissance de l'onglet *restitution*, qui permet à un ESSMS de se comparer aux établissements du même type (EANM avec EANM, EHPAD avec EHPAD). Cet outil autorise une mise en perspective à l'échelle départementale, régionale ou nationale. Bien que les données soient déclaratives – et donc potentiellement biaisées ou inexactes – il offre tout de même une lecture des tendances générales, notamment via les extrêmes, la médiane, les quartiles, et le positionnement de sa propre structure.

Globalement, les ESSMS interrogés n'exploitent pas réellement ces comparaisons. Beaucoup estiment que les écarts de contexte (territoire, moyens, publics) rendent toute comparaison peu pertinente. Les différences budgétaires ou de politiques internes sont régulièrement évoquées : *“on remplace absolument tout le monde, ce qui n'est pas le cas dans beaucoup d'EHPAD”*. Par exemple, un établissement en zone rurale et un autre en plein centre urbain n'auront ni les mêmes charges, ni les mêmes contraintes ni les mêmes indicateurs de performance.

Cependant, certains professionnels reconnaissent que ces outils peuvent être utiles, notamment pour se positionner ou initier des questionnements internes : *“si tu vois le double ou la moitié, ça pose question”*. Un directeur indique ainsi : *“je pense que je vais le partager parce que ça permet de voir un peu ce qui se passe et comment on se situe. “ Il précise : “ même si la conclusion c'est parce qu'on est différent, n'empêche que ça permet au moins de se poser des questions “. Ce type d'approche est perçu comme un levier de réflexion, voire de justification de certaines décisions : “ ça peut justifier qu'on ne fasse pas ci ou ça “.*

De notre côté, ces comparaisons ont été utiles pour conforter notre perception de la santé globale de l'établissement. Nous savons qu'il existe des indicateurs sur lesquels nous nous situons bien au-delà de la médiane (qu'ils soient "bons" ou "mauvais" en apparence), ce qui nous amène à anticiper leur usage lors des échanges avec notre autorité de tarification. Cela permet également de préparer le récit que nous souhaitons lui transmettre, avec des arguments objectivés.

i. Transparence auprès des autorités et autres à travers le rapport d'activité

Les indicateurs sont exploités principalement pour assurer la transparence auprès des autorités via les rapports d'activité, avec un focus variable selon les structures. Plusieurs ESSMS détaillent les indicateurs utilisés : *" Il y a le rapport annuel médical envoyé à l'ARS avec plusieurs indicateurs extraits du logiciel NetSoins : durée moyenne de séjour, niveau de dépendance, nombre d'utilisations de contention, interventions kiné... "*. L'aspect financier est aussi centralisé, souvent traité de manière automatisée par un service dédié : *" une grosse partie est effectuée par un service de relations institutionnelles "*. Les données d'activité sont exhaustives : *" activité sur journées théoriques, taux d'occupation, répartition des GIR, âge moyen, durée moyenne de séjour, caractérisation du public "*. Toutefois, la dimension RSE et démarche qualité est peu quantifiée : *" ça reprend un peu tout ça, mais pas forcément chiffré "*.

D'autres établissements vont plus loin en intégrant des indicateurs non demandés par l'ANAP, comme ceux liés aux événements indésirables. L'intégration des indicateurs RH est également en développement dans une des structures interrogées : *" première année où il va y avoir un mot sur les RH, avec taux de turnover, absentéisme, taux de postes vacants "*. Un exemple concret d'usage stratégique est donné par une direction qui contextualise un taux d'occupation faible : *" un taux d'occupation à 83 % à cause de la perte de logements, ça ne dépend pas de nous "*. L'idée a émergé de croiser ce taux d'occupation avec un indicateur de vétusté des bâtiments pour justifier cet écart : *" ça va être un indicateur sur lequel on va s'appuyer "*.

Enfin, un besoin d'améliorer la présentation et la comparabilité des rapports est exprimé : *" intéressant d'avoir un rapport qui reflète vraiment notre activité, avec une comparaison*

avec les autres établissements “, tout en veillant à adapter le contenu selon les destinataires. Toutefois, cette logique n’est pas partagée partout : “ Non, [...]. Le rapport d’activité, c’est plutôt un constat. Ça va être plutôt un constat. Est-ce qu’on a fait cette année ? Oui. On ne se pose pas la question des écarts (par rapport aux indicateurs des structures similaires) dans le rapport d’activité “. “ Ou si on se pose la question des écarts, ça va être plutôt sur l’activité économique “.

À L’Arche Lille Métropole, le rapport d’activité devient un outil de communication global à destination de toutes les parties prenantes. L’objectif est de présenter nos projets à partir d’indicateurs simples (taux d’absentéisme, taux d’occupation, qualité...), en assumant à la fois les réussites et les difficultés. Il ne s’agit plus seulement d’un outil de transparence à l’égard du Département, mais d’un levier pour mobiliser les familles, partenaires, etc... Les indicateurs ANAP sont donc une superbe opportunité pour objectiver les constats que nous faisons dans notre rapport d’activité et justifier ainsi les différents projets pour l’année écoulée et ceux prévus pour la prochaine année.

j. Utilisation des indicateurs par les syndicats et fédérations des ESSMS

C’est quelque chose à laquelle nous n’avions pas pensé avant de commencer les entretiens mais les indicateurs peuvent devenir des outils de dialogue institutionnel et de représentation collective.

D’après un directeur d’EHPAD, les indicateurs ANAP et autres servent avant tout à justifier la gestion budgétaire, notamment pour “ être raccord sur l’attendu du budget et pouvoir justifier d’éventuels dépassements “. Cependant, ils sont aussi utilisés par les syndicats et fédérations, comme “ SYNERPA dans le privé “ ou “ les fédérations hospitalières “, qui s’appuient sur ces données pour “ faire des propositions “ et « remonter des difficultés “.

Cela reste à prouver mais même si ce n’est pas le cas, cela pourrait rendre le tableau de bord de la performance de l’ANAP utile également pour les syndicats des ESSMS.

k. Intégration des indicateurs dans le projet d’établissement

Un ESSMS refuse d’intégrer les indicateurs ANAP dans le projet d’établissement car la cible visée est différente. Selon lui, ces indicateurs techniques conviennent aux

professionnels, mais pas aux parents ou personnes accompagnées : *“Un projet d'établissement va s'adresser à des parents, à des personnes accompagnées, et donc je suis pas très friand de ce type d'indicateurs. Il faut expliquer les indicateurs, on passe du temps, et c'est le meilleur moyen pour que les gens ne lisent plus.”*

Une autre direction rejoint son avis, le projet d'établissement relève d'une autre logique que le tableau de bord ANAP : *“Le projet d'établissement, c'est plus où on a envie d'aller, quel projet. Le tableau de bord, c'est gestion, pilotage. Certains indicateurs peuvent s'intégrer sur quelques axes, mais c'est marginal.”*

L'ESSMS intègre certains indicateurs dans le projet d'établissement, mais rejette ceux de l'ANAP. Selon une direction, les indicateurs ANAP ne sont pas utilisés : *“Ils avaient mis évaluation du nombre de sorties et des activités, nombre de participants, satisfaction... Non, vraiment, on n'utilisait pas les indicateurs ANAP.”*

Cette dissociation traduit une vision où les indicateurs ANAP sont jugés peu pertinents pour un document à destination des usagers ou familles et qui doit traduire la vision de l'établissement sur les 5 prochaines années. Les indicateurs sont perçus comme uniquement destinés au pilotage opérationnel de l'établissement.

Pour 2 directions, leurs projets d'établissement disposent de quelques indicateurs pour caractériser le public accueilli, mais aucun suivi chiffré n'est réalisé sur les orientations ou plans d'actions présentés. *“Y'a des axes d'améliorations mais ils ne sont pas reliés à des indicateurs. Pas de plan d'actions. On a du DMS, TO. “ “GMP, DMS, TO, pyramide des âges, absentéisme (mais pas le taux). Parce que celui-ci, il ne faut pas se leurrer, on ne le lit pas. On va changer les chiffres, on va changer quelques trucs. On a pris le parti d'en faire un deuxième, plus concret, plus simple avec des images et des exemples, sans chiffres parce que ça ne parle pas aux pro, familles et PA [personnes accueillies]. “*

Le plan d'actions est suivi via des indicateurs internes mais ne relevant pas de ceux demandés par l'ANAP pour une direction : *“Alors forcément, le lien avec l'ANAP, je le fais moins. Mais comme je vous dis, je pense que les indicateurs, je les ai déjà. Par exemple, j'ai les indicateurs sur les personnes recrutées avec un diplôme d'aide-soignant ou auxiliaire de vie. La stratégie actuelle est de monter ces personnes en compétences par formation ou VAE, car il est difficile de recruter des aides-soignants.”*

En définitive, le tableau de bord de l'ANAP s'impose davantage comme un outil de reporting à visée institutionnelle que comme un véritable levier de pilotage stratégique pour les ESSMS. Son usage reste globalement contraint, peu approprié et largement méconnu des équipes de direction, qui peinent à en percevoir la valeur ajoutée au quotidien. Cette situation révèle une faible culture de l'indicateur dans certains établissements, souvent marquée par une méfiance à l'égard de la performance mesurée, ou par un manque de formation à l'interprétation de ces données.

L'exploitation des indicateurs reste ponctuelle, centrée sur quelques données RH jugées opérationnelles (taux d'absentéisme, taux de rotation), tandis que les autres dimensions du tableau sont rarement mobilisées, faute de sens ou d'utilité perçue. À l'inverse, certaines structures, mieux outillées ou culturellement orientées vers le pilotage par les données, parviennent à les intégrer plus systématiquement. Cette hétérogénéité d'usages traduit des différences d'approche selon les statuts, les parcours des dirigeants ou encore les relations entretenues avec les autorités de tarification et de contrôle.

Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, les petits ESSMS indépendants n'apparaissent pas comme les principaux bénéficiaires potentiels du tableau de bord ANAP. Si l'hypothèse d'un usage opportun pour structurer leur gestion en l'absence d'outils internes sophistiqués semblait plausible, les résultats n'ont pas permis de la confirmer. Ces structures adoptent rarement une démarche outillée autour des indicateurs ANAP, préférant s'appuyer sur des pratiques empiriques et un pilotage intuitif. En l'absence de culture partagée de la donnée ou de formation dédiée, le TdB ne semble ni perçu comme une opportunité, ni véritablement investi comme un levier d'organisation.

Avant de conclure ce mémoire, d'autres éléments pertinents ont été relevés lors des entretiens qui ne concernent aucune des deux parties au-dessus. Cette dernière n'apporte pas une réponse à la problématique de départ mais reste pertinente pour les directions souhaitant exploiter les indicateurs de l'ANAP ou d'autres tout en ayant un management approprié pour que l'ESSMS reste performant.

III. Relation managériale et indicateurs

1. TdB de la performance et relation managériale

Selon les directions ayant répondu à cette partie de l'entretien, ces indicateurs pourraient permettre un suivi objectif des situations, aident à réguler et à donner un cap clair aux équipes. Ils serviraient aussi à expliquer l'importance de la traçabilité et à mesurer la performance collective sans stigmatiser individuellement : *“Ce n'est pas une évaluation des capacités, c'est voir où on est pour savoir où aller.”* Cela valorise les réussites et aide à gérer les difficultés en s'appuyant sur le positif, évitant de ressasser les problèmes.

Ils offrent aussi une reconnaissance du travail accompli et donnent de la visibilité sur les efforts collectifs : *“Un taux d'occupation ou d'absentéisme n'est jamais l'affaire d'une seule personne.”* Leur mise en œuvre demande un portage fort de la direction. Il faut cibler peu d'indicateurs clés pour ne pas noyer les équipes et surtout utiliser ces données comme un outil de dialogue.

2. Quid de la transparence quand les indicateurs sont mauvais ?

La quasi-totalité des ESSMS interrogés affirme jouer la transparence sur les résultats du TdB, même quand ceux-ci sont mauvais : *“On la joue plutôt franc jeu parce que quand ils sont moins bons, on essaie justement d'analyser ça et de voir pourquoi.”* Ils privilégient l'analyse et les réajustements plutôt que le silence.

Cependant, une direction exprime un point de vue critique sur d'autres établissements, estimant que certains ne jouent pas le jeu de la transparence en raison de contraintes financières : *“Il y a certaines directions qui font peser inconsciemment sur des établissements où on n'a pas les moyens de bien faire... Du coup, forcément, derrière, on a des indicateurs qui ne sont pas forcément toujours très bons. Donc, on n'a pas forcément envie de s'en vanter au poste financier non plus.”* Elle suggère aussi que l'État et les institutions ne poussent pas à une communication publique large sur ces indicateurs, en partie parce qu'ils sont eux-mêmes responsables.

Le message à diffuser est toujours accompagné pour expliquer la situation : *“ S’il y a vraiment une crise financière, il faut bien les accompagner, mettre un message qui explique... C’est plus facile de mettre en avant des chiffres quand ils sont bons, et pour les moins bons, on essaye de relativiser. ”*

3. Perception de l’utilisation du TdB et ses indicateurs pour les équipes

Quand on leur pose la question, quasiment tous les ESSMS perçoivent les indicateurs comme source de crainte, de peur ou de résignation. Certains évoquent un possible sentiment d’impuissance : *« De dire, de toute façon, on n’est pas bon, on n’est pas bon, et puis on n’arrivera pas à bouger »* lorsque les indicateurs restent médiocres à moyen ou long terme. Un directeur va utiliser un indicateur pour veiller à la traçabilité des soins réalisés : *« On leur a dit qu’on pourrait accepter de faire des permutations de poste pour les personnes qui ont plus de 95% de traçabilité. Pour les personnes qui sont en dessous, on n’accepte plus les permutations de jour »*. A l’opposé, les autres directions me disent que la culture du travail social, peu habituée au rendu de comptes, rend la collecte difficile : *« Culturellement, dans le travail social, on n’avait pas l’habitude de rendre des comptes sur ce qu’on fait »*, même si les équipes *« jouent le jeu parce qu’ils comprennent bien qu’il faut rendre des comptes »*. Le contrôle est souvent vu négativement : *« Les gens ils aiment pas trop rendre compte parce que c’est vu comme un contrôle négatif »*.

Certains directeurs limitent l’impact négatif en protégeant les équipes, assumant eux-mêmes la gestion administrative lourde : *« Moi, je gère tout ce côté-là qui peut être un peu chiant. Par contre, vous, continuez à monter des projets, faites des barbecues... »*. Ils insistent sur la valeur humaine du travail : *« Un bon indicateur, c’est un éduc qui a un maximum de temps avec les gens en relation. Voilà, boire un café, fumer une clope, accompagner... »*. Ils dénoncent la réduction à des chiffres financiers : *« L’indicateur, c’est le contrôle social... ça nous permet de contrôler la performance. Nous, ce n’est pas ça »*.

La communication sur les chiffres sert aussi à justifier des décisions difficiles : *« On diminue plutôt globalement notre masse salariale et le fait de communiquer sur les chiffres financiers, ça permet de mieux faire accepter certains changements d’organisation qui ne sont pas forcément très agréables »*.

Préconisations

Préconisations à destination des ESSMS

Se former et se sensibiliser :

- Prendre connaissance de la ressource centrale de l'ANAP : Perspectives d'usages du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (avec annexes pratiques : [Lien ANAP](#)). On y retrouve des captures d'écran de tableau de bord d'ESSMS qui ont intégré les indicateurs à leur pilotage par exemple.
- Comprendre la finalité du TdB et le rôle des indicateurs dans le pilotage d'un ESSMS. Il existe un guide complet qui reprend la composition de calcul des indicateurs, présente leur intérêt et surtout comment il se lit pour pouvoir interpréter le résultat. Disponible [ici](#) pour la version 2025

Intégrer progressivement les indicateurs dans le pilotage

- Mobiliser certains indicateurs pour la gestion opérationnelle (ex. taux d'occupation, absentéisme, rotation du personnel) en complément.
- Discuter des évolutions d'indicateurs en comité de direction, pour identifier des écarts ou des leviers d'action. Une réunion annuelle après la campagne ANAP serait l'occasion de faire un bilan de ce qu'il en ressort globalement.
- Comparer ses indicateurs avec d'autres établissements afin de se situer dans l'écosystème local ou national. Même si chaque ESSMS est différent, pour que l'analyse des indicateurs se passe au mieux, il est nécessaire de se comparer avec les autres ESSMS

Valoriser les indicateurs comme outils de communication

- Intégrer les indicateurs pertinents dans :
- - Les utiliser comme outils de dialogue avec :
 - le rapport d'activité,
 - le projet d'établissement (par exemple sur la caractérisation du public accueilli ou la pyramide des âges). Les indicateurs ANAP peuvent également être utilisés pour présenter un constat qui donne lieu à une fiche action présente dans le projet d'établissement (par exemple, constat d'un vieillissement de la population accueillie grâce à la pyramide des âges. Par conséquent, investissements dans les locaux pour qu'ils deviennent accessibles aux personnes à mobilité réduite),

- le rapport fait au CSE, en complément des indicateurs issus de la Base de données économiques et sociales
- Les utiliser comme outils de dialogue avec :
 - les instances internes (personnels, élus, représentants),
 - les ATC (CD, ARS) pour contextualiser les résultats et défendre des positions ou demandes.

Renforcer l'usage opérationnel et stratégique

- Automatiser autant que possible le recueil de données via les logiciels métier pour gagner en fiabilité et réactivité.
- Augmenter la fréquence d'analyse pour en faire un véritable outil de pilotage dynamique.
- Créer son propre tableau de bord local, adossé à la stratégie de l'établissement, en s'appuyant sur certains indicateurs ANAP comme socle.

Préconisations à destination de l'organisme ayant la charge du pilotage opérationnel du TdB (ANAP ou ATIH)

Améliorer la lisibilité et l'accessibilité du dispositif

- Revoir l'ergonomie du site sur l'ATIH (navigation difficile, ressources peu visibles et l'e campus manque considérablement d'informations concernant la restitution des résultats).
- Proposer un export Excel enrichi : graphiques, historiques, comparaisons, avec un code couleur (rouge, jaune et vert par exemple)
- Fournir des fiches synthétiques visuelles, à l'image de ce que propose l'ARS.
- Insérer dans le guide des indicateurs les possibilités de croisement entre les indicateurs.

Renforcer l'accompagnement des ESSMS

- Organiser des webinaires pratiques dédiés au TdB, avec explication des indicateurs, cas d'usages concrets, témoignages d'établissements.
- Créer des modules de sensibilisation/formation à destination des directeurs et encadrants terrain en plus de l'e campus de l'ANAP disponible.
- Rendre visibles les bonnes pratiques d'usage du TdB (exemples d'intégration dans les projets d'établissement, dialogues avec ATC, etc.). Cela pourrait passer par un mise à jour de la ressource "Perspectives des usages du TdBMS" en se

concentrant uniquement sur les possibilités d'exploitation par les ESSMS (en omettant cette fois-ci les possibilités pour les ATC et les OG car cela rend la ressource trop lourde à lire)

Travailler à une meilleure articulation avec les autres acteurs institutionnels

- Inciter les ATC à exploiter activement le TdB (analyse partagée, retours aux établissements).
- Favoriser une harmonisation des indicateurs entre les différentes autorités (ARS, CD, HAS, Ministères). Pourquoi pas en intégrer d'autres pour faciliter le recueil de certains indicateurs qui sont demandés par ces instances (indicateurs qualité par la HAS par exemple sur la base du référentiel)
- Utiliser des indicateurs réalisés par l'ANAP ou d'autres pour ce qui relève du qualitatif. A titre d'exemple, il serait utile d'intégrer le "score DD" développé par l'ANAP dans l'axe "Objectifs" et qui remplacera/améliorera l'échelle de maturité actuelle concernant le développement durable.
- Clarifier les objectifs pédagogiques : si le but est d'amener les ESSMS à mieux piloter en découvrant de nouveaux indicateurs pertinents, il est utile d'ajouter des indicateurs avec une logique explicative, pédagogique. Pour expliquer l'intérêt de l'indicateur, le seul guide des indicateurs ne suffit pas.

Conclusion

Quelques limites sont tout de même à mettre en avant dans la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, nous n'avons pas pu interroger l'ensemble des directions que nous avions souhaité. L'objectif aurait été d'interroger un EHPAD public voire deux. Dans la représentation, est également absente une direction d'un Foyer d'Accueil Médicalisé. Pour finir, il était souhaité d'interroger une personne chargée de piloter le TdB de la performance à l'ATIH ou anciennement à l'ANAP. Malheureusement, cela n'a pas pu se faire et cela manque dans ce mémoire.

Pour autant ce mémoire met en lumière une réalité largement partagée : le tableau de bord de l'ANAP, dans sa globalité, n'est aujourd'hui ni compris, ni exploité à sa juste valeur par les ESSMS. Perçu majoritairement comme un simple exercice ascendant, il est vécu comme une charge administrative, déconnectée des enjeux de terrain.

Quelques indicateurs, comme le taux d'occupation ou le taux d'absentéisme, trouvent une utilité ponctuelle pour répondre à des objectifs opérationnels, mais aucune véritable stratégie globale ne s'en dégage. Le potentiel d'analyse croisée, de pilotage collectif ou d'évaluation managériale reste largement sous-exploité.

Ce sous-emploi s'explique en partie par une méconnaissance profonde du TdB, y compris d'éléments clés comme l'onglet de restitution ou certains axes comme l'axe RH ou financier. Les outils ANAP, bien que dans une certaine mesure disponibles, sont jugés peu accessibles, mal communiqués, et insuffisants pour créer une culture commune de l'indicateur.

La désarticulation entre les instances gouvernementales n'arrange rien : calculs non harmonisés, absence de coordination, manque d'intérêt perçu de la part des départements ou de certains chargés de mission. Seule l'ARS semble proposer un outil de lecture, mais sans réelle mise en action derrière.

Pourtant, les indicateurs pourraient favoriser le dialogue avec les ATC, renforcer la transparence auprès des familles et partenaires, et alimenter une dynamique interne d'amélioration continue. Il suffirait souvent de se réunir, confronter les données, croiser les indicateurs pour objectiver un constat et initier une stratégie.

Ce travail suggère donc que si le réflexe de résultat reste encore marginal, des leviers existent. Encore faut-il une prise de conscience collective, un accompagnement adapté, et une implication réelle des parties prenantes – du terrain jusqu'aux institutions – pour transformer un outil perçu comme inutile en vecteur de pilotage stratégique.

Bibliographie

1. **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (2019). Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. *Journal officiel de la République française*, n° 0086 du 12 avril 2019, texte n° 31.
2. **Dubost, N., & Fabre, P.** (2016). Des indicateurs pour optimiser l'allocation des ressources ? Une enquête exploratoire au sein d'un réseau administré. *Gestion et Management Public*, 4(3), 125-142. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2016-1-page-125?lang=fr>
3. **République française.** (2022). Article L311-1 du *Code de l'action sociale et des familles*. *Légifrance*. Version consolidée au 2 mars 2022. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293678
4. **Osorio Montoya, G., Trilling, L., Monteiro, T., Viallon, C., & Albert, F.** (2014). Vers une gestion efficiente des établissements et services médico-sociaux : modélisation et suivi des activités. *Logistique & Management*. Disponible sur : <https://hal.science/hal-01531335>
5. **Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.** (2018). *Schéma régional de santé 2018-2023. Projet régional de santé des Hauts-de-France*. Lille : ARS Hauts-de-France. (p. 140)
6. **Département du Nord.** (2018). *Schéma unique des solidarités humaines 2018-2022*. Lille : Département du Nord. (p. 59). Disponible sur : <https://lenord.fr/espace-documentaire/schema-unique-des-solidarites-humaines-2018-2022>
7. **Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.** (2013). *Schéma régional de santé 2013-2028. Projet régional de santé des Hauts-de-France*. Lille : ARS Hauts-de-France. (p. 135)
8. **République française.** (2009). Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel de la République française*, 22 juillet 2009.
9. **Agence Nationale d'Appui à la Performance.** (2022). *Perspectives d'usages du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*. Annexe : Outil 10_Hauts-de-France & CD Pas-de-Calais_Restitutions 2016_17.pdf.

10. **Weka.** (2012). La création de l'ANAP. In *Weka, Base documentaire – Démarche qualité*, Chapitre 4 "ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)", section 3.4/1. Disponible sur : <https://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite-wk267/ana-p-agence-nationale-d-appui-a-la-performance-des-etablissements-de-sante-et-medi-co-sociaux-sl6280368/la-creation-de-l-anap-sl6300107.html>
11. **Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).** (2023). L'ANAP présente son nouveau contrat d'objectifs et de performance 2022-2026. *ANAP, communiqué de presse* du 19 janvier 2023. Disponible sur : <https://www.anap.fr/s/article/Nouveau-COP-de-l-Anap> (consulté le 15 janvier 2025).
12. **Duman, J.** (2023). L'impact des outils de mesure de la performance sur la motivation : cas d'un Centre Thérapeutique Résidentiel en addictologie. *Projectics / Proyética / Projectique, Hors-Série HS 1*, 61-82. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-projectique-2023-HS1-page-61>
13. **Wikipédia.** (2025). Gestion de la performance organisationnelle. *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Consultée le 11 juin 2025. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Gestion_de_la_performance_organisationnelle
14. **Dos Santos, C., & Mousli, M.** (2016). Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public ? À propos d'un cas français. *Recherches en Sciences de Gestion*, 115(4), 127-146. DOI : 10.3917/resg.115.0127
15. (NB : Vous aviez listé cette référence deux fois avec des pages différentes. Une seule entrée est nécessaire.)
16. **Kaplan, R., & Norton, D.** (2001). Transforming the Balanced Scorecard From Performance Measurement to Strategic Management: Part I. *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104.
17. **Kaplan, R. S., & Norton, D. P.** (1992). The balanced scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70 (1), 71-79. PMID : 10119714
18. **Awadallah, E. A., & Allam, A.** (2015). A Critique of the Balanced Scorecard as a Performance Measurement Tool. *International Journal of Business and Social Science*, 6(7), 91-99.
19. **Simon, H. A.** (1977). From Substantive to Procedural Rationality. In S. J. Laatsis (Ed.), *Method and Appraisal in Economics*, pp. 129-148. Cambridge : Cambridge University Press.

20. **Kaplan, R. S.** (2010). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. *Harvard Business School Working Paper*, n° 10-074, 36 p. In C. Chapman, A. Hopwood & M. Shields (Eds.), *Handbook of Management Accounting Research*, vol. 3. Disponible sur : https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/10-074_0bf3c151-f82b-4592-b885-cdd_e7f5d97a6.pdf
21. **Wikipédia.** (2025). Tableau de bord prospectif. *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Consultée le 16 juin 2025. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Tableau_de_bord_prospectif#cite_note-:0-1
22. **Kaplan, R. S.** (2007). Conceptual foundations of the balanced scorecard. In C. Chapman, A. Hopwood & M. Shields (Eds.), *Handbooks of Management Accounting Research, Volume 3*, pp. 1253–1269. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751324307030039>
23. **Simons, R.** (1995). *Levers of control : How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston : Harvard Business Press.
24. **Sari, A.** (2008). Comparaison de deux méthodes de conception du BSC (OVAR et la méthode de Kaplan et Norton). Disponible sur : https://www.academia.edu/31957188/Comparaison_de_deux_m%C3%A9thodes_de_conception_du_BSC_OVAR_et_la_m%C3%A9thode_de_Kaplan_et_Norton
25. **Kumar, S., Lim, W. M., Sureka, R., & al.** (2024). Balanced scorecard: trends, developments, and future directions. *Review of Managerial Science*, 18, 2397–2439. <https://doi.org/10.1007/s11846-023-00700-6>
26. **Montalan, M.-A., & Vincent, B.** (2011). Élaboration d'un balanced scorecard en milieu hospitalier : une recherche-intervention auprès des équipes mobiles de gériatrie. *Revue française de gestion*, 211, 93-102.
27. **Lartigau, J.** (2009). L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 27(7), 371-391. <https://doi.org/10.3917/jgem.097.0371>
28. **Belrhiti, Z., & Maaroufi, A.** (2023). Le *Balanced Scorecard* : outil de pilotage stratégique. Recherche-action au Centre Hospitalier Régional de Kénitra. *Revue Marocaine des Sciences de Management*, 6. DOI : 10.34874/PRSM.rmsm-i3.39958
29. **Rahmouni, A. F.-A., & Lahdab, L.** (2023). Construction d'un *Balanced Scorecard* du Centre Hospitalier Régional de Laâyoune au Maroc. *Revue du contrôle de comptabilité et de l'audit*, 7(3).

30. **Aymard-Martinot, N., Swinarski, Z. H., & Morard, B.** (2002). *Balanced Scorecard : Évaluation de la performance dans un établissement médico-social*. Disponible sur : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5826>
31. **Joseph, V.** (2015). *Le contrôle de gestion dans les établissements sociaux et médico-sociaux : un outil de performance au service de l'utilisateur et des professionnels*. Mémoire, École des Hautes Études en Santé Publique.
32. **Agence Nationale d'Appui à la Performance.** (2022). *Perspectives d'usages du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*, Perspectives Usages TDBMS.Zip, Annexe : Outil 19 Nouvelle-Aquitaine – Restitution de la campagne 2016 des indicateurs de performance demandés par l'ANAP.
33. **Lussier, M. D.** (2016). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*. Formation EHESP, 12 juillet 2016, Rennes.
34. **Agence Nationale d'Appui à la Performance.** (2022). *Perspectives d'usages du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*, Perspectives Usages TDBMS.Zip, Publications_Perspectives_Usages_TDBMS.
35. **Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).** (2025). *Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : restitution des résultats* [module MOOC, partie "restitution des résultats"], MOOC ANAP, campus ANAP. Disponible via MOOC sur le campus ANAP.
36. **DREES.** (2020). Fiche 17 – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. In *L'aide et l'action sociales en France : édition 2020*, pp.110–111. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
37. **Pin, C.** (2023). *L'entretien semi-directif*. LIEPP, Fiche méthodologique n° 3. <hal-04087897>
38. **Toldeno, M.** (2024). Entretien semi-directif : étapes et avantages. *Cnitaat*, 15 octobre 2024. Disponible sur : <https://www.cnitaat.fr/entretien-semi-directif/>
39. **Claude, G.** (2019). *L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes*. Scribbr, 30 octobre 2019. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

40. **Imbert, G.** (2020). Méthodologie – L’entretien semi-directif : étapes et pratique. *Sciences et Techniques Méthodologiques*, 102, 23-38. Disponible sur : https://shs.cairn.info/article/RSI_102_0023

Tableaux et figures

- A. **Kaplan, R. S.** (2010). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. *Harvard Business School Working Paper*, n° 10-074, 36 p. In C. Chapman, A. Hopwood & M. Shields (Eds.), *Handbook of Management Accounting Research*, vol. 3. Disponible sur : https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/10-074_0bf3c151-f82b-4592-b885-cdde7f5d97a6.pdf Page 4
- B. **Dubost, N., & Fabre, P.** (2016). Des indicateurs pour optimiser l’allocation des ressources ? Une enquête exploratoire au sein d’un réseau administré. *Gestion et Management Public*, 4(3), 125-142. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2016-1-page-125?lang=fr> Page 130
- C. **Lussier, M. D.** (2016). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*. Formation EHESP, 12 juillet 2016, Rennes. Diapositive n°18
- D. **Lussier, M. D.** (2016). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*. Formation EHESP, 12 juillet 2016, Rennes. Diapositive n°56
- E. **Agence Nationale d’Appui à la Performance.** (2022). *Perspectives d’usages du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*, Perspectives Usages TDBMS.Zip, Annexe : Outil 19 Nouvelle-Aquitaine – Restitution de la campagne 2016 des indicateurs de performance demandés par l’ANAP.

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	1
Introduction	3
Cadre théorique	8
1. La notion de performance (éléments de définition).....	8
a. approche générale.....	8
b. Vision de la performance dans le cadre du BSC.....	9
Définition & avantages.....	9
Les limites.....	11
2. La mesure de la performance dans le secteur sanitaire et médico-social : spécificités et exemples.....	13
a. Spécificités.....	13
b. Exemples de mesure de la performance.....	15
Les établissements de santé.....	15
Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.....	18
3. Présentation du TdB de l'ANAP, usages identifiés et problématique.....	19
a. TDB ANAP : contenu et caractéristiques.....	19
b. Usages identifiés par les ATC et ESSMS.....	25
c. Limites.....	28
4. Quelles hypothèses explorer ?.....	30
Hypothèse 1 : Un tableau de bord perçu comme un outil de reporting plutôt que de pilotage.....	30
Hypothèse 2 : Une exploitation fragmentée et inégale selon les profils d'établissements.....	30
Méthodologie	32
1. Quels sont les objectifs principaux ?.....	32
2. Quels acteurs cibler ?.....	32
3. Quels panels de directions interroger ?.....	33
4. Méthode d'entretien.....	36
5. Etude de terrain	37
6. Les principaux thèmes abordés.....	38
7. L'analyse des données recueillies.....	38
8. Quid de l'anonymat ?.....	39
Analyse des résultats	40
I. Comprendre les raisons de la faible appropriation des indicateurs par les ESSMS..	40
“Nous ne faisons rien des indicateurs ANAP”	40
1. Culture des indicateurs et facteurs d'influence	43
a. Une culture des indicateurs liée au statut des structures.....	43
b. Des perceptions influencées par les parcours professionnels et académiques.....	44

2. Limites des usages par les ATC	44
a. Capitalisation du TdB par les ATC.....	44
Le Département.....	44
L'ARS.....	46
Pourquoi une telle différence ?.....	47
b. Absence de coordination entre les différentes autorités gouvernementales.....	48
c. Un TdB qui ne servirait qu'aux ATC.....	49
3. Limites et critiques du TdB ANAP	50
a. Une méconnaissance du TdB de l'ANAP et des possibilités d'utilisation.....	50
b. Absence d'harmonisation entre les indicateurs collectés.....	51
c. Des indicateurs jugés peu opérationnels et trop généralistes.....	51
d. Un TdB perçu comme peu pertinent et incomplet.....	52
e. D'autres outils perçus comme plus pertinents existent.....	53
f. Les pratiques de recueil des indicateurs.....	54
g. La fréquence de recueil des indicateurs qui change selon l'indicateur voulu et l'objectif opérationnel.....	55
II. Les pistes d'optimisation permettant de capitaliser sur ces indicateurs	57
a. L'absence de discussion à la suite de la campagne ANAP.....	58
b. L'élaboration de stratégies internes à partir des indicateurs de l'ANAP.....	58
c. Un outil de discussion en comité de direction (CODIR).....	60
d. Négociation avec les ATC avec les indicateurs.....	61
e. Transparence auprès des familles et personnes accueillies.....	62
f. Transparence auprès des salariés.....	63
g. Transparence auprès des partenaires.....	64
h. Comparaison avec les autres ESSMS.....	65
i. Transparence auprès des autorités et autres à travers le rapport d'activité.....	66
j. Utilisation des indicateurs par les syndicats et fédérations des ESSMS.....	67
k. Intégration des indicateurs dans le projet d'établissement.....	67
III. Relation managériale et indicateurs	70
1. TdB de la performance et relation managériale	70
2. Quid de la transparence quand les indicateurs sont mauvais ?	70
3. Perception de l'utilisation du TdB et ses indicateurs pour les équipes	71
Préconisations	72
Préconisations à destination des ESSMS.....	72
Préconisations à destination de l'organisme ayant la charge du pilotage opérationnel du TdB (ANAP ou ATIH).....	73
Conclusion	75
Bibliographie	77
Table des matières	82
Acronymes	84
Les annexes	87

Acronymes

ANAP : Agence Nationale à l'Appui pour le Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC : Autorité de Tutelle et de Tarification

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BSC : Balanced Scorecard

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale

CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

CASF : Code de L'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CdG : Contrôleur de gestion

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODIR : Réunion de direction

COP : Contrat d'Objectifs et de Performance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DAF : Direction Administrative et Financière

DESS : Diplôme d'Etude Supérieur Spécialisé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRH : Direction des Ressources Humaines

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé pour personnes en situation de handicap

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENC : Etude Nationale de Coûts

ES : Etablissement de Santé

ESAT : Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail

ESSMS / ESMS : Etablissement et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps-Plein

FH : Foyer d'Hébergement

FV : Foyer de Vie

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

IME : Institut Médico-Educatif ou DAME (Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif)

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap

MOOC : Massive Open Online Course

OG : Organisme Gestionnaire

PA : Personne Âgée

PH : Personne en situation de Handicap

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PRS : Projet Régional de Santé

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

RH : Ressources Humaines

RSE : Responsabilité Sociale et Environnementale

SAD : Service d'Aide à Domicile

SERAPHIN PH : Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

SIG : Solde Intermédiaire de Gestion

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

T2A : Tarification à l'activité

TdB : Tableau de Bord

TO : Taux d'Occupation

TSA : Troubles du Spectre Autistique

GALLIER Matthieu

Exploiter les indicateurs du Tableau de Bord de la Performance issu de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance : état des lieux des pratiques et recommandations

Ce mémoire s'intéresse à l'exploitation réelle du tableau de bord de la performance de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Alors que cet outil vise à structurer un pilotage fondé sur des indicateurs, il apparaît que sa finalité n'est ni claire ni partagée entre les différents acteurs concernés. Le problème central réside dans le décalage entre les intentions portées par l'ANAP et les usages concrets faits par les ESSMS, qui semblent percevoir le tableau de bord comme un outil de reporting imposé, avant tout destiné aux autorités de tarification et de contrôle, sans utilité directe pour leur gestion stratégique. Pour en être sûr, la méthode adoptée repose sur une enquête qualitative conduite auprès de plusieurs directions d'ESSMS (secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap) à travers des entretiens semi-directifs. Ces échanges ont permis d'identifier des pratiques très hétérogènes, une méconnaissance des ressources disponibles, une exploitation fragmentaire des indicateurs, mais aussi des pistes de valorisation concrètes. En complément de ces entretiens, nous avons réalisé des expériences pour la valorisation de ce tableau de bord au sein de L'Arche Lille Métropole.

Mots clés : ANAP, Tableau de Bord, Performance, Exploitation, ESSMS, Balanced Scorecard

GALLIER Matthieu

Leveraging the Performance Dashboard indicators from the French National Agency for Performance Support: current practices and recommendations

This dissertation focuses on the actual use of the ANAP performance dashboard (French National Agency for Performance Support) within social and medico-social care establishments (ESSMS) serving elderly people and individuals with disabilities. Although this tool is intended to support data-driven management, its purpose appears unclear and inconsistently understood by the various stakeholders involved. The core issue lies in the disconnect between ANAP's intentions and how ESSMS concretely use the dashboard, which is mostly perceived as a mandatory reporting tool aimed at funding and regulatory authorities, with little relevance to internal strategic management. To investigate this, a qualitative research approach was adopted, based on semi-structured interviews with managers from multiple ESSMS (in both elderly care and disability support sectors). These interviews revealed highly diverse practices, a lack of awareness of available resources, and a fragmented use of performance indicators, but also concrete opportunities to add value. In addition to these interviews, practical experiments were conducted at L'Arche Lille Métropole to explore how the dashboard could be better leveraged.

Keywords : ANAP, Dashboard, Performance, Leveraging, Social and Medico-Social Establishments and Services, Balanced Scorecard

Les annexes

Grille d'entretien :

Présentation rapide de l'objectif du mémoire

Demande de consentement éclairé pour l'enregistrement de l'entretien

Demande de se présenter pour connaître son rôle et l'intérêt qu'il porte aux indicateurs de performance

Demander comment se passe le recueil des indicateurs de performance pour l'ANAP. Cela est-il fait comme le demande la loi (tous les ans ?) (et pour tous les indicateurs ?)

Comment utilisez-vous aujourd'hui les indicateurs demandés par l'ANAP ? (pilotage interne, reporting, autres)"

Selon les grandes thématiques :

- Analyse de la santé de l'ESSMS pour imaginer les stratégies
- Croisement des indicateurs (en faisant des matrices) pour l'analyse
- Négociation avec les autorités (pour AAP, financements)
- Transparence auprès des usagers et familles/tuteurs
- Transparence auprès de vos partenaires (banque, restauration, appro, etc)
- Transparence auprès des représentants du personnel (via CSE ? CVS ? ou autres instances ?)
- Piloter votre plan d'actions ou PE/PS
- Créer un plan d'actions à la suite du recueil
- Rapport d'activité ou CPOM
- Comparaison avec les autres ESSMS : analyse des écarts (cybernétique)

Pour chacune des thématiques, chercher à savoir quel est le type d'exploitation des indicateurs :

- *Exploitation directe des indicateurs (sans modification)*
- *Adaptation ou création de nouveaux indicateurs (sous-indicateurs)*
- *Modification de la méthodologie de recueil ou la fréquence (sachant que les modalités de recueil sont déjà en place grâce à cette obligation de l'ANAP)*
- *Adaptation de la finalité de l'indicateur (autre que celle donnée par l'ANAP comme pour un pilotage opérationnel, stratégique, pour un sous projet, etc...) Un indicateur peut-il donc avoir plusieurs objectifs (en interne et en externe ?)*

Eléments secondaires :

- Savez-vous pourquoi l'ANAP demande cette remontée ?
- Savez-vous si vos autorités exploitent ces indicateurs ? Cela a t il déjà été un sujet de discussion avec eux ?
- Demander à présenter peut être des supports et TdB où des indicateurs différents de ceux de l'ANAP sont exploités

- La fréquence de recueil des indicateurs de l'ANAP change-t-elle (selon les indicateurs) ?
- Les indicateurs sont-ils peut être décomposés pour en créer d'autres plus utiles
- Pensez vous avoir une "culture des indicateurs" au sein de votre structure ?
- D'après votre réalité, quel type de relation managériale crée l'usage de ce TdB et indicateurs avec vos équipes ? Est ce que vous pensez que vos équipes y trouvent leur compte, comment le perçoivent-elles ?

[Questions apparues après le deuxième entretien]

- La présentation faite des chiffres peut elle amener soit de la crainte, de la peur, ou bien de la résignation.
- Qu'est ce que ça change pour vous?

Demander s'il connaît des personnes qui pourraient également m'aider en participant à cet entretien.