

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 : Le secteur hospitalier belge	6
A. Vue d'ensemble du secteur hospitalier belge.....	6
1. Contexte actuel du secteur hospitalier en Belgique	6
2. L'enregistrement de l'activité hospitalière	8
3. Le système financement de l'hôpital en Belgique.....	9
3.1. Evolution du système de financement belge	9
3.2. Le système de financement actuel.....	10
B. Présentation du Grand Hôpital de Charleroi	14
1. Historique des 5 sites composant le GHdC.....	14
2. La fusion.....	15
3. Organisation générale du GHdC	16
4. Les projets du GHdC	17
5. Le GHdC en quelques chiffres.....	19
C. Conclusion.....	20
CHAPITRE 2 : La notion de performance	21
A. Evolution de la notion de performance	21
B. La notion de performance	23
1. Qu'est ce que la performance ?	23
2. Le pilotage de la performance.....	23
3. Les 3 piliers de la performance.....	24
4. Les indicateurs de performance	26
4.1. Qu'est ce qu'un indicateur de performance ?	26
4.2. Les typologies d'indicateurs de performance	27
4.2.1. Indicateurs de résultat et indicateurs de suivi ou de progression.....	28
4.2.2. Indicateurs de pilotage et indicateurs de reporting	28
4.3. Le diagramme de progrès	29
C. Le tableau de bord d'une entreprise	30

1. Qu'est ce qu'un tableau de bord ?	30
2. Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton	30
3. L'élaboration de tableaux de bord	33
3.1. Le pilotage de la performance par les processus et les compétences	33
3.2. Elaboration de cartes stratégiques par Kaplan et Norton.....	35
<i>D. La performance hospitalière</i>	<i>37</i>
1. Une préoccupation constante	37
2. Définition de la performance hospitalière	38
3. Les différentes dimensions de la performance hospitalière	38
4. Les modèles de la performance hospitalière	40
4.1. Le modèle de Sicotte.....	41
4.2. Le modèle PATH	43
5. L'importance de l'information dans le secteur hospitalier	44
CHAPITRE 3 : Méthode d'élaboration du tableau de bord au sein du département des opérations du GHdC	47
<i>A. Présentation du département des opérations du GHdC</i>	<i>47</i>
<i>B. Identification et analyse des 3 services du DOP étudiés.....</i>	<i>49</i>
1. Le service Chauffeur	49
1.1. Analyse des activités et des processus	49
1.2. Définition des objectifs stratégiques	50
1.3. Choix des indicateurs selon les objectifs stratégiques définis	53
2. Le service entretien ménager et lingerie.....	57
2.1. Analyse des activités et des processus	57
2.2. Définition des objectifs stratégiques	57
2.3. Choix des indicateurs selon les objectifs stratégiques définis	59
3. Le service « call center »	63
3.1. Analyse des activités et processus	63
3.2. Définition des objectifs stratégiques	63
<i>C. Elaboration des tableaux de bords des services étudiés</i>	<i>68</i>

<i>D. Conclusion</i>	70
CHAPITRE 4 : Analyse des tableaux de bord élaborés	71
<i>A. Analyse des résultats</i>	71
1. Analyse du tableau de bord relatif au service « chauffeurs »	71
2. Analyse du tableau de bord relatif au service « entretien et lingerie »	73
3. Analyse du tableau de bord relatif au service « call-center »	75
<i>B. Définition de plans d'action</i>	77
<i>C. Conclusion</i>	80
CONCLUSION	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation des pôles qui composeront le GHdC en 2013	19
Figure 2: Articulation des 3 piliers de la performance	25
Figure 3 : Les indicateurs de pilotage	29
Figure 4 : Modèle du tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton	32
Figure 5 : Déployer la stratégie, schéma d'ensemble	35
Figure 6 : exemple d'une carte stratégique	36
Figure 8 - Les 6 dimensions de la performance hospitalière	44
Figure 7: Modèle de Sicotte et al. fondé sur la théorie de l'action sociale de Parsons	43
Figure 9: Cycle d'amélioration de la performance par la publication des données	45
Figure 10 : Carte stratégique du service chauffeurs	53
Figure 11 : Exemple d'une fiche indicateur du service chauffeurs	56
Figure 12 : Carte stratégique du service entretien ménager et lingerie	59
Figure 13 : Exemple d'une fiche indicateur du service entretien et lingerie	62
Figure 14 : Carte stratégique du service call-center	64
Figure 15 : Exemple de fiche indicateur du service call-center	66
Figure 16 : Exemple de design créé pour un Balanced Scorecard	69
Figure 17 : Exemple de design créé pour illustrer les résultats obtenus	69
Figure 18 : Balanced Scorecard du service chauffeur	71
Figure 19 : Balanced Scorecard du service entretien et lingerie	74
Figure 20 : Balanced Scorecard du service call-center	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les 6 dimensions clés de la performance hospitalière	39
Tableau 2 : Modèles organisationnels, organisation, performance et modèles de gestion	40
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service chauffeurs	55
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service entretien et lingerie	61
Tableau 5 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service call-center	67

INTRODUCTION

De nos jours, de plus en plus d'entreprises ne cessent d'utiliser des outils afin de mesurer leurs activités et plus particulièrement leur performance. En effet, le pilotage de la performance est devenu un facteur essentiel à la survie des organisations. Parmi les nombreuses méthodes de mesure existantes, c'est celle proposée par Kaplan et Norton dans les années 90, qui rencontre le plus de succès. Leur outil, appelé le Balanced Scorecard, permet d'évaluer, non seulement les données financières comme le permettent la plupart des dispositifs, mais également les aspects clients, processus internes et organisation. Cette méthode n'échappe évidemment pas au secteur hospitalier qui est continuellement sujet à de nouvelles normes. Ainsi, l'implémentation de cet outil dans le monde médical permet, grâce à un système d'indicateurs de performance, d'offrir des soins de meilleure qualité aux patients.

Toutefois, la gestion d'un établissement hospitalier s'avère complexe. Celui-ci se doit d'offrir des soins de qualité en utilisant le moins de ressources possibles. La décision d'utiliser un Balanced Scorecard dans un hôpital tel que le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) doit dès lors être réfléchie car cet outil nécessite des investissements conséquents en argent mais surtout en temps. En effet, il est important de ne pas se précipiter et de respecter certaines étapes d'élaboration afin que l'outil soit correctement implémenté. La direction du GHdC avait déjà connaissance de la notion de tableaux de bord lors de notre arrivée, mais n'utilisait ceux-ci qu'au niveau hiérarchique supérieur. Notre travail a consisté à réaliser un tableau de bord prospectif (Balanced Scorecard) pour trois des six services composant le département des opérations (DOP) dont le rôle est d'offrir une activité de support médical.

Le contenu de notre travail s'articule autour de quatre chapitres. Le premier présente une vue d'ensemble du secteur hospitalier belge et de son système de financement particulier. Cette partie est accompagnée de la présentation de l'établissement hospitalier qui nous a accueillis : Le Grand Hôpital de Charleroi. La seconde partie, plus théorique, est centrée sur la notion de performance et des concepts qui l'accompagnent tels que le pilotage, l'indicateur de performance, la carte stratégique et le tableau de bord prospectif. Nous avons également dans ce chapitre, consacré une partie à la performance hospitalière, notion de plus en plus répandue dans le monde médical. La troisième partie distingue les étapes successives que nous avons suivies afin de réaliser cet outil de gestion de la performance pour les trois services étudiés : le service chauffeurs, le service entretien et lingerie ainsi que le service relatif au call center. Enfin, notre dernière partie met en valeur l'analyse des résultats obtenus dans nos tableaux de bord et présente quelques plans d'action qui pourraient être appliqués par la direction en vue d'améliorer l'organisation des services étudiés.

CHAPITRE 1 : Le secteur hospitalier belge

De nos jours, la gestion des établissements de santé représente, tant au niveau des soins que de la maîtrise des différents flux hospitaliers, un enjeu majeur pour le secteur de la santé. Ceci implique l'amélioration de la qualité des soins tout en respectant des impératifs de maîtrise des dépenses de santé, de gestion des risques, de qualité [Marcon et al, 2008, Chap1, p.1], de raréfaction des ressources médicales ainsi que d'une augmentation de la demande de soins [Marcon et al, 2008, Chap1, p5].

Le but de ce premier chapitre est de présenter le secteur hospitalier belge dans son ensemble. Ainsi, le lecteur pourra découvrir l'environnement économique, social et organisationnel dans lequel évolue l'établissement de santé que nous avons étudié. Nous allons en premier lieu donner une vue d'ensemble du secteur hospitalier belge en décrivant son contexte et son système de financement. Ensuite, la deuxième partie de ce chapitre se penche sur la présentation de l'hôpital dans lequel nous avons effectué notre mémoire-projet : le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC).

A. Vue d'ensemble du secteur hospitalier belge

Ce premier point permet, dans un premier temps, de nous intéresser au contexte actuel du secteur hospitalier belge. Ensuite, nous décrirons brièvement les différents modes d'enregistrement de l'activité hospitalière proprement dite. Enfin, nous expliquerons les principales règles relatives au système de financement d'un hôpital.

1. Contexte actuel du secteur hospitalier en Belgique

Depuis quelques années maintenant, l'environnement des systèmes de santé est en pleine mutation. C'est pourquoi, les établissements hospitaliers se doivent de réaliser quelques efforts considérables afin de s'adapter aux changements organisationnels et évolutions technologiques [Marcon et al, 2008, Chap1, p1]. De plus, les mutations démographiques (le vieillissement de la population), économiques (la concurrence) et sociales (chômage, pauvreté) perturbent l'équilibre économique dans lequel se trouvent les établissements de santé [15]. A côté de cela, les hôpitaux sont aussi continuellement soumis à des contraintes budgétaires et légales qui requièrent de fortes mutations des pratiques de management hospitalier. Nous voyons apparaître dans l'organisation hospitalière de plus en plus de techniques de gestion empruntées au monde de l'entreprise [12]. Ainsi, les notions de clients, activité, performance, rentabilité ou encore concurrence occupent petit à petit de plus en plus de place dans le langage directionnel hospitalier.

Une des principales différences entre le secteur industriel et hospitalier est que ce dernier ne décide pas des tarifs qu'il pratique mais se doit d'assurer des soins de santé adaptés et de qualité aux meilleurs coûts possibles[15]. Guy Durant précise d'ailleurs dans un des ses exposés, que le coût et la qualité des soins sont les deux problèmes majeurs avec lesquels les hôpitaux sont confrontés. Selon lui, le problème des coûts reste important car le pourcentage du PNB consacré aux services de soins de santé ne cesse d'augmenter [Durant, 1997]. En 1970, ce pourcentage était de 4% et a atteint les 10.1% en 2005. Plus étonnant encore, entre 1999 et 2005, ce pourcentage a augmenté de 6.3% par an [Pierson, De Wever, 2009]. Ce qui prouve que l'organisation et le financement du secteur hospitalier sont une des sources permanentes de déficit budgétaire pour les pouvoirs publics [Noppen, 2008]. En 2007, la Belgique, en pourcentage du PIB, affichait des dépenses de santé totales parmi les plus élevées en Europe avec la France et l'Allemagne [13].

Dans les années 80, afin de réduire ce déficit budgétaire, les pouvoirs publics ont imposé au secteur de la santé de réaliser des économies d'échelle notamment par le biais de fusion, d'alliances, de reprises ou encore d'intégrations horizontales. Celles-ci permettant entre autres d'obtenir une réduction des coûts par une rationalisation de l'offre médicale, mais aussi par des économies d'échelle sur les investissements et sur le fonctionnement ainsi que dans les services non médicaux [Noppen, 2008].

Ces économies d'échelle ont eu pour conséquences de réduire le nombre d'hôpitaux en Belgique, passant de 483 en 1980 à 141 (2008). Ces restructurations ont aussi engendré un doublement du nombre moyen de lits par hôpital (156 à 345) entre ces 2 années. On remarque aussi que la durée de séjour hospitalier a été réduite. L'hôpital devient donc de plus en plus un endroit d'activités de jour au niveau des consultations, des services médico-techniques ou de l'hospitalisation [Noppen, 2008].

L'hôpital fait également face aux différentes évolutions sociales comme l'allongement de l'espérance de vie, les situations d'exclusion et de pauvreté. Celles-ci peuvent parfois entraîner l'apparition de nouvelles pathologies mais aussi de nouvelles demandes en matière de services sociaux tels que des soins gériatriques ou palliatifs. De plus, ces changements peuvent mener à la réapparition de maladies que l'on pensait maîtrisées [4]. Cependant, une récente étude du KSE, de l'ISP et de l'INAMI permet de nous rassurer car elle révèle que la majorité de la population belge est couverte par une assurance en soins de santé même si la contribution financière à charge du patient reste relativement conséquente en comparaison avec les autres pays européens [Brisson, 2010].

En Belgique, le système de santé est fortement régulé par les autorités publiques [Van Der Straeten, 2009]. Ainsi, c'est plus ou moins 75% de la part du financement public qui est consacré aux soins de santé [9]. De la sorte, la quasi-totalité de la population belge est couverte car, tout comme la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Allemagne, notre pays est régulé par un système d'assurances sociales financé par des cotisations sociales sur le travail ainsi que par l'impôt pour suppléer à l'absence de cotisations en provenance des retraités, chômeurs et invalides [Durant, 2006]. Le système de sécurité sociale belge repose donc sur la solidarité existante entre travailleurs et chômeurs, personnes actives et pensionnés, personnes en bonne santé et malades,... Ceci n'est par exemple pas le cas aux USA où seulement 80% des citoyens sont assurés contre le risque de maladies.

Le financement des hôpitaux prend une part importante dans la gestion des soins de santé. En effet, 50% du budget de l'assurance maladie est alloué aux dépenses hospitalières. Il va de soi que ce budget doit être réparti équitablement entre les différents hôpitaux.

2. L'enregistrement de l'activité hospitalière

Les hôpitaux enregistrent et fournissent des masses de données concernant leurs activités et leurs patients. Toutes ces informations doivent être communiquées au Ministère de la santé publique. Elles sont en effet très utiles pour alimenter les diverses matières de la politiques de santé globale. De plus, ces enregistrements servent à suivre l'évolution de l'hôpital par le biais de rapports d'analyses dans le but de se positionner et d'adapter sa politique interne [2]. C'est pourquoi, la collecte de données ainsi que leur traitement en informations utilisables ont de plus en plus d'importance ces dernières années. Un système d'enregistrement a donc été mis en place dans les hôpitaux : Le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) [20]. Celui-ci reprend les données structurelles de l'hôpital, les données relatives au personnel, les données administratives du patient et de l'hôpital, les données médicales (RCM) et infirmières (RIM). Les « données médicales », anciennement appelées Résumé Clinique Minimum sont obtenues via un document que le médecin doit compléter pour chaque patient. Celui-ci se compose des données personnelles du patient (âge, sexe, ...), des informations relatives au séjour hospitalier de celui-ci (mode d'admission, durée de séjour, passage aux soins intensifs,...) ainsi que le diagnostic principal établi par le médecin. Celui-ci doit en effet coder le diagnostic en fonction de la pathologie rencontrée. Le RCM renseigne également sur les potentiels diagnostics auxiliaires, complications rencontrées, interventions et examens pratiqués lors de la consultation [Ladrière, 1996]. Le Résumé Infirmier Minimum(RIM), nommé « données infirmières » depuis 2008, reprend les soins dispensés et informe sur la lourdeur des soins infirmiers pratiqués car le financement actuel est

principalement basé sur le degré de gravité des blessures ou de la maladie contractée par les patients [2]. Nous allons expliquer ce système de financement particulier dans le point suivant.

3. Le système financement de l'hôpital en Belgique

Le système de financement des hôpitaux en Belgique est très complexe et connaît en permanence de réels changements. Celui-ci demande de longues heures de pratique avant de pouvoir être totalement maîtrisé. « Certains prestataires de soins ont encore beaucoup de mal à maîtriser la mécanique alors que c'est leur activité qui définit les recettes de leur organisation » [Durant, 2010]. Nous allons dans un premier temps décrire les différentes modifications que ce système a connues pendant les quatre dernières décennies. Ensuite, nous nous attarderons sur le système actuel de financement, système qui maintenant finance « ce qu'il y a dans le lit », c'est-à-dire en fonction des pathologies, et non plus les lits physiques.

3.1. Evolution du système de financement belge

Le financement des soins de santé a beaucoup évolué durant ces quarante dernières années. De plus, il est important de faire remarquer que le système de financement des soins de santé est différent selon le pays dans lequel il est appliqué. Ceci s'explique sans doute par les pratiques culturelles, les évolutions historiques ou encore le régime politique et administratif qui les caractérisent [Durant, 2006]. Nous pouvons dire qu'en matière de financement, la Belgique se cherche. En effet, de nombreux arrêtés royaux sont décidés pour modifier certaines règles de celui-ci mais ils ne sont généralement pas tous mis en application. De plus, son modèle de financement est très complexe et parfois caractérisé par la juxtaposition de différents concepts et techniques de financement qui se contredisent [Durant, 2006]. Nous allons ci-dessous retracer les différents changements qui nous ont amenés au système actuel. En 1963, le financement des hôpitaux était basé sur le prix normal de la journée d'entretien. Celui-ci correspondait à une somme allouée par jour, identique pour un même service dans tous les hôpitaux, qui couvrait presque la totalité des frais à quelques exceptions près [Pierson, De Wever, 2009]. Cependant, l'écart entre le prix normal et les charges réelles de l'institution grandissant, le ministère de la santé public décida d'appliquer, en 1975, la notion de prix prévisionnel qui remplaça le prix normal. En 1982, le principe d'enveloppe budgétaire apparaît. Celle-ci était calculée sur base d'un nombre journées et d'un prix de journée. Ce système fut accompagné de la notion de quotas qui permirent de fixer une première limitation des durées de séjour dans les hôpitaux [Pierson, De Wever, 2009]. Les quelques années suivantes furent caractérisées par de nombreux arrêtés aussi bien appliqués que rejetés.

Vers la fin des années 70, la nécessité de mettre au point un dispositif regroupant les différents diagnostics en un nombre limité de catégories se fit ressentir. L'objectif de ce dispositif était de constituer des groupes de patients qui nécessitent, à priori, une consommation de soins comparables [Ladrière, 1996]. C'est ainsi que le concept de Diagnosis Related Groups (DRG) a fait son apparition en Belgique. Il fut intégré dans le système de financement des hôpitaux en tant qu'indicateurs de performance de la durée de séjour [Pierson et al, 2009]. Les DRG sont des groupes de pathologies présentant une certaine homogénéité au niveau de la composition, tant sur le plan médical que sur le plan du coût des traitements ainsi que par rapport à l'utilisation des ressources [2]. Le but étant de classer les patients selon la pathologie développée et les ressources consommées [9]. De plus, ce dispositif permet aujourd'hui de standardiser le financement de l'activité hospitalière, de supprimer les différences constatées dans le coût des traitements des patients ayant des pathologies identiques, de rendre le coût indépendant des ressources effectivement consommées par le prestataire de soins [Ladrière, 1996].

3.2. Le système de financement actuel

Le financement des frais d'exploitation des hôpitaux en Belgique proviennent essentiellement d'une enveloppe fédérale fermée qui fut de l'ordre des 6.9 milliards d'euros en 2010. Ce budget est ensuite réparti entre les différents établissements hospitaliers belges. Ainsi, chaque hôpital reçoit une enveloppe annuelle pour un exercice allant du 1^{er} juillet au 30 juin de l'année suivante. Cette enveloppe, appelée le budget des moyens financiers (BMF), est une des trois principales sources de financement dont la proportion est de l'ordre de 45% du budget de l'hôpital. Elle est destinée à couvrir l'activité non-médicale de l'hôpital, c'est-à-dire les soins infirmiers, l'hôtellerie et l'infrastructure [2]. Environ 80 % de ce budget (partie fixe) est directement versé à l'hôpital sous la forme d'avances mensuelles par les organismes de mutualités. La partie restante, variable (20%) est liquidée pour une moitié sous la forme d'un montant par journée d'hospitalisation et pour l'autre moitié sous la forme d'un montant par admission. Le BMF est composé de 3 grandes parties (A, B et C) elles-mêmes divisées en 16 sous-parties [2]. La section A reprend les investissements en infrastructures et équipements, la section B couvre les frais de fonctionnement liés à l'activité de l'hôpital dont majoritairement les frais de personnel, et enfin la section C qui elle reprend les corrections due à l'indexation et aux modifications des règles par rapport aux années précédentes.

Nous allons détailler brièvement les sous-parties du BMF :

- A1 : concerne les frais de construction, d'aménagement, de transformation et de l'équipement de l'hôpital.
- A2 : comprend les couvertures forfaitaires des charges financières des crédits à court terme contractés pour couvrir le délai de paiement des prestations par les organismes assureurs.
- A3 : reprend les charges d'infrastructure de certains services médico-techniques tels que la RMN (résonance magnétique nucléaire), la radiothérapie et le PET-Scan.
- B1 : couvre tout ce qui concerne les services communs : frais généraux et administratifs, frais d'entretien et de chauffage, d'alimentation, de lingerie-buanderie et d'internat.
- B2 : concerne les services cliniques c'est-à-dire les frais de personnel infirmier et soignant, des médicaments courants et des produits médicaux de consommation.
- B3 : contient les frais de fonctionnement de certains services médico-techniques tels que la RMN, la radiothérapie et le PET-Scan.
- B4 : attache de l'importance aux séries de charges résultant d'obligations légales ou liées au lancement de projets-pilote.
- B5 : comprend les coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière
- B6 : s'occupe des coûts résultant d'avantages sociaux complémentaires prévus dans les accords sectoriels, hors prix de journée.
- B7 : contient les coûts liés aux hôpitaux universitaires dans certains domaines tels que la recherche, la formation et le développement de nouvelles technologies)
- B8 : reprend les coûts générés par l'hôpital ayant un profil de patients présentant des difficultés sur le plan socio-économique.
- B9 : comprend les coûts découlant des avantages particuliers prévus dans l'accord social fédéral (fin de carrière, pécule de vacances, renforcement d'équipe,...)
- C1 : regroupe les frais de pré-exploitation en cas de construction nouvelle
- C2 : utilise les montants de rattrapages pour un manque ou un surplus de recettes par rapport à un budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs
- C3 : est d'utilisé lors de réduction du BMF pour les suppléments de chambre que l'hôpital a perçu en chambre à 1 lit. Montant généralement négatif.
- C4 : concerne le surplus de recettes pour les services spécialisés en soins palliatifs, grands brûlés ou psychiatrie.

La seconde source principale du financement des hôpitaux est les honoraires. Ceux-ci représentent 42 à 45% du budget de l'hôpital. Ils couvrent la rémunération des médecins qui effectuent les actes médicaux ainsi que tout ce qui est nécessaire à la réalisation de ces actes comme par exemple le personnel, le matériel, le local,... On distingue deux catégories d'honoraire : les honoraires à l'acte et les forfaitaires [2]. Dans le cas de l'honoraire à l'acte, la prestation est facturée en fonction de la consommation de prestations destinées à soigner le patient. Alors que dans le cas de l'honoraire forfaitaire, la prestation est facturée de façon générale c'est-à-dire indépendamment du nombre de prestations effectuées. Ce qui est le cas pour les consultations relatives à la biologie clinique ou l'imagerie médicale.

À côté du budget des moyens financiers et des honoraires, la troisième grande source de financement des hôpitaux est la pharmacie et le matériel de synthèse. Cette partie couvre les spécialités pharmaceutiques, les médicaments génériques, les bandes et autres matières plâtrées ainsi que le matériel de synthèse (prothèses et implants) [Durant, 2010, pp.143-151].

Une autre modification qui a bouleversé le système de financement des hôpitaux est la notion d'activité justifiée que nous allons expliquer très brièvement. Le calcul de l'activité de l'hôpital n'est de nos jours plus basé sur le nombre de lits physiques mais bien sur son activité réelle. Pour ce faire, on calcule l'activité en fonction du nombre et du type de pathologies traitées par l'hôpital au cours d'une année de référence (appelé le case-mix c'est-à-dire le panier de pathologies rencontrées par l'hôpital). Au départ du calcul de cette activité justifiée, une durée de séjour justifiée par pathologie a été déterminée. Il ne reste donc plus qu'à dénombrer le nombre de journées justifiées pour pouvoir obtenir notre nombre de lits justifiés qui lui est égal au nombre de lits qui seront financés. Celui-ci est le résultat du rapport entre le nombre de journées justifiées et le taux d'occupation des lits [2].

Nous pouvons conclure en disant que la clé du financement est l'admission. En effet, plus l'hôpital enregistrera d'admissions, plus il y aura de données médicales répertoriées par les médecins (RCM) et plus le budget alloué à l'hôpital sera élevé. De plus, il importe que les durées de séjour soient les plus courtes possibles. Ceci permet entre autres d'enregistrer plus d'admissions avec la même capacité de lits mais surtout de réaliser des économies car toute durée de séjour inférieure à la norme représente un bénéfice pour l'hôpital. Au contraire, si la durée de séjour standard est dépassée, des frais seront réclamés à l'organisation. Les hôpitaux ont donc de plus en plus tendance à se balancer progressivement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour.

Pour résumer toute cette période de changements en ce qui concerne le financement du secteur hospitalier, nous pouvons dire que « en ce qui concerne la fixation de l'enveloppe nationale, nous

passons donc d'un système d'un contrôle micro budgétaire des dépenses (quota de journée normatif par hôpital) à un contrôle macro-budgétaire (enveloppe nationale fermée) » [9]. Avant, les calculs des budgets individuels se faisaient sur base du nombre et de la nature des lits agréés alors qu'aujourd'hui, ils sont chiffrés sur base du nombre et de la nature des lits justifiés par activité.

B. Présentation du Grand Hôpital de Charleroi

Après avoir passé en revue le contexte hospitalier dans lequel évolue notre hôpital, nous allons nous attarder quelque peu sur l'historique de celui-ci ainsi que sur les principales raisons qui ont menés à la fusion des cinq hôpitaux composant aujourd'hui le Grand Hôpital de Charleroi. Ensuite, nous terminerons ce chapitre par la présentation des organes de décisions composant cet hôpital, des projets dans lequel celui-ci s'est lancé ainsi que des quelques chiffres qui le caractérisent.

1. Historique des 5 sites composant le GHdC

Le site Saint-Joseph

L'hôpital St-Joseph a été fondé en 1869 lorsque la congrégation des pauvres Sœurs de Mons a pris l'initiative d'ouvrir, dans la région de Charleroi, un dispensaire et un service de soins pour les blessés des charbonnages. La première partie de l'hôpital fut construite en 1904. Ensuite, dans les années 70, la direction de l'hôpital St-Joseph a décidé de reprendre les activités de l'hôpital Sainte-Thérèse ainsi que de créer un centre d'hémodialyse et une crèche. Enfin, c'est en 1978 que ces 2 hôpitaux décideront de s'étendre à l'Institut de Médecine de Traumatologie et de Réadaptation (IMTR) pour former ensemble les hôpitaux de Gilly [7].

Le site Sainte-Thérèse

En 1903, l'Abbé Cyrille De Becker décida d'offrir à sa paroisse un Hôpital afin de prendre en charge les blessés des charbonnages. La première pierre de l'Hôpital Ste-Thérèse fut posée en 1904. Celui-ci devint, en 1934, le centre chirurgical de la Caisse Commune d'assurance du bassin de Charleroi avec dans les années suivantes, la création d'une école d'infirmières. Par la suite, en 1970, cet hôpital fusionna avec l'hôpital St-Joseph [7].

L'IMTR

L'IMTR fut créé en 1962. Son origine remonte au fait que les organisations syndicales revendiquaient une meilleure prise en charge des blessés des industries dû à l'essor industriel d'après-guerre. En 1974, s'en suit la création d'un centre des Grands Brûlés car, à cette époque, aucun centre en Europe n'existait pour le traitement spécifique de cette pathologie. Par la suite, les résultats obtenus n'étant pas satisfaisants, l'IMTR fusionna en 1978 avec les hôpitaux Saint-Joseph et Sainte-Thérèse [7].

Le site Notre Dame

C'est vers la fin de l'année 1919 que les médecins catholiques de Charleroi ont émis le désir d'avoir une clinique chirurgicale. Ce projet fut soutenu par les Sœurs de la charité de Namur qui acquerront par la suite deux maisons où elles ouvrirent une petite clinique. 40 ans plus tard, en 1962, ce fut l'inauguration de la clinique Notre Dame. Après quelques travaux d'extension dans les années 80, celle-ci fusionna en 1994 avec la clinique Reine Fabiola [7].

Le site Reine Fabiola

En 1953, l'Assemblée Générale de la Caisse Commune d'Assurance décide d'entreprendre la création d'un complexe hospitalier pour prendre en charge l'ouvrier blessé. Une dizaine d'années plus tard, ce centre sera agrandi et prendra le nom de Reine Fabiola. Le 1^{er} janvier 1994, la Clinique Reine Fabiola fusionne avec la Clinique Notre Dame de Charleroi pour former le Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola (NDRF) [7].

2. La fusion

Depuis le 1er janvier 2008, les Hôpitaux Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et I.M.T.R d'une part et le Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola d'autre part, ont fusionné pour ne faire plus qu'un : le **Grand Hôpital de Charleroi (GHdC)**. En plus de ces cinq sites hospitaliers, le GHdC est aussi composé de 5 centres de consultations et polycliniques extérieurs (situés à Charleroi, Walcourt, Fleurus, Florennes et Châtelet) ainsi que de différents services d'aide (le centre d'accueil psycho-social et les logements pour personnes en difficultés psychologiques) et entretient des liens avec quelques ASBL (crèche « la Roseraie », Echoline,...) [7].

« Cette fusion est l'aboutissement d'une approche initiée voici plus de 10 ans. Les 2 institutions chrétiennes partagent depuis toujours une même philosophie centrée sur les notions essentielles que sont la qualité, l'humanisme, la proximité et la médecine de pointe au service des patients. C'est pourquoi la décision de mettre en commun leurs forces a été prise afin de constituer un véritable réseau de soins centré sur le patient » [7].

En fusionnant les compétences de ses cinq sites, le « Grand hôpital de Charleroi » a voulu réorganiser ses services en visant à favoriser une prise en charge multidisciplinaire et mettre en commun ses compétences, ses ressources et ses forces vives. Ses principales missions sont « l'assurance d'une qualité de soins optimale, le développement d'une communication la plus transparente possible entre tous les acteurs du monde hospitalier, la mise en place du patient au centre des préoccupations ».

Afin d'assurer ces différentes missions, le GHdC s'est fixé quelques objectifs tels que :

- Développer l'hôpital en cherchant à respecter et rencontrer les besoins présents et futurs de nos patients.
- Devenir un pôle hospitalier de référence en Belgique
- Garantir un service de soins de proximité
- Maintenir et renforcer le lien entre la structure hospitalière et les médecins généralistes
- Attirer les meilleurs médecins et professionnels de la santé (paramédicaux et infirmiers)
- Renforcer les services de pointes et en développer de nouveaux.
- Acquérir le meilleur matériel médical
- Répondre aux normes et agréments les plus stricts.

Ce nouvel hôpital, offrant une dimension humaine, présente la possibilité de bénéficier d'une médecine de pointe de niveau universitaire dans la plupart des domaines. Au terme de la fusion opérationnelle, qui prendra quelques années, les services seront rassemblés autour de pôles de soins multidisciplinaires. Ceux-ci garantiront la prise en charge pluridisciplinaire et complète des patients, dès leur admission jusqu'à leur retour à domicile.

Un nouveau logo, identité visuelle et graphique, symbole du « grand hôpital de Charleroi » a également été créé. Celui-ci *« veut exprimer un mélange original de sérénité, d'humanité, de professionnalisme, de solidarité et de collaboration entre nos cinq sites »*. Il est composé de cinq pétales unis autour d'un cœur commun ainsi que de l'image stylisée d'un homme, le patient qui est au cœur des préoccupations. Les bras ouverts de cet homme représentent l'accueil des médecins et du personnel soignant. On peut aussi y voir un phare éclairant l'avenir ainsi que la figuration du dynamisme et du mouvement qui les anime.

3. Organisation générale du GHdC

Nous tenons d'abord à préciser que, malgré la fusion en 2008, le GHdC est encore reconnu d'un point de vue administratif et légal sous deux numéros d'agrément différents, 010 pour les hôpitaux de Gilly (Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et IMTR) et 027 pour Notre-Dame et Reine Fabiola. La procédure de demande d'un numéro d'agrément unique afin de faciliter la gestion de l'hôpital a été entamée récemment par la direction.

La structure de l'organigramme directionnel est plate et montre une organisation moderne que l'on peut comparer à une structure de type hiérarchico-fonctionnelle c'est-à-dire que l'unité de commandement est conservée mais que celle-ci prend appui sur des organes spécialisés pour

l'aide à la prise de décision. Le directeur général est donc assisté par 2 directeurs généraux adjoints, 3 directeurs médicaux ainsi que d'une secrétaire générale. Le reste de la structure de l'organigramme est principalement composé de 6 départements (infrastructures, relations humaines, infirmier, système d'informations, financier et opérationnel) qui comportent chacun leurs propres services et personnel.

La fusion des 5 hôpitaux a eut pour conséquences l'apparition de nouveaux organes de gestion qu'il a fallu mettre en place et faire fonctionner de manière ordonnée, constructive et efficace. Il existe actuellement un certain nombre d'organes de gestion au GHdC dont les principaux sont :

- **Le conseil d'administration** qui détient les pouvoirs les plus étendus pour l'administration et la gestion des affaires de l'hôpital. Il s'occupe également de tout ce qui n'est pas de la tâche de l'assemblée générale. De plus, il se réserve les matières stratégiques et délègue la gestion journalière au directeur général et à son comité de direction. Le conseil est constitué de 12 administrateurs.
- **Comité de direction** qui compte 10 membres responsables de la préparation des décisions du conseil d'administration et totalement engagés dans la gestion journalière de l'hôpital. Ils sont répartis de la façon suivante : une secrétaire générale et 9 directeurs dont 2 directeurs généraux adjoints qui assistent et remplacent le directeur général en cas de besoin, 2 directeurs médicaux en raison du maintien des 2 numéros d'agrément, un directeur financier, un directeur opérationnel ainsi qu'un directeur des systèmes d'information.
- **Comité Permanent de Concertation (CPC)** qui regroupe des représentants du conseil d'administration (de la direction générale et médicale) et du conseil Médical. Leur rôle étant l'organisation et la gestion stratégique de l'hôpital. Il s'est aussi vu confier des pouvoirs complémentaires de décisions ou d'avis. Le CPC est constitué de 12 membres.
- **Conseil médical** composé de 17 membres. Son rôle est entre autres de représenter les médecins hospitaliers, de favoriser des relations de qualité avec les autres membres du personnel hospitalier et médecins externes, de promouvoir et évaluer la qualité de la médecine pratiquée ainsi que de stimuler des activités à caractère médical.

4. Les projets du GHdC

Depuis la fusion en 2008, les sites hospitaliers du GHdC font régulièrement l'objet de rénovations ainsi que de regroupements de services. Au terme de nombreuses réflexions et dans le but d'améliorer leur structure d'accueil ainsi que les services aux patients, la direction du GHdC

envisage de construire un nouveau complexe hospitalier qui regroupera toutes ses activités et services sur 2 sites, Notre Dame et un nouveau site dont le lieu et le planning de construction reste à prévoir. Il est certain que ce projet ambitieux va prendre quelques années avant de voir le jour.

En attendant la réalisation de ce projet, la direction du GHdC a prévu de mettre en place un plan à moyen terme. Celui-ci prévoit de regrouper les activités de l'hôpital sur 4 sites au lieu de 5 actuellement et ce, endéans les 3 ans. Ainsi, toutes les activités d'hospitalisation de l'hôpital Reine Fabiola disparaîtront et ce site deviendra un pôle de consultations et de réadaptation ambulatoire.

En plus de la réalisation de ces projets et en lien avec la fusion de services médicaux, il a été également décidé de créer des pôles de soins et d'accentuer la spécialisation des différents sites. Pour le moment, les neuf pôles, représentés par la figure 1, se mettant doucement en place sont :

- Le pôle cardiovasculaire et thoracique sur le site St-Joseph
- Le pôle oncologique sur le site Notre Dame
- Le pôle gériatrique sur le site Ste Thérèse
- Le pôle mère-enfant sur le site Notre Dame
- Le pôle ostéo-articulaire sur les sites Notre Dame et IMTR
- Le pôle digestif sur les 2 sites Notre dame et St-Joseph
- Le pôle psychiatrique sur le site Ste-Thérèse
- Le pôle des neurosciences sur le site Notre Dame
- Le pôle de la revalidation sur le site IMTR

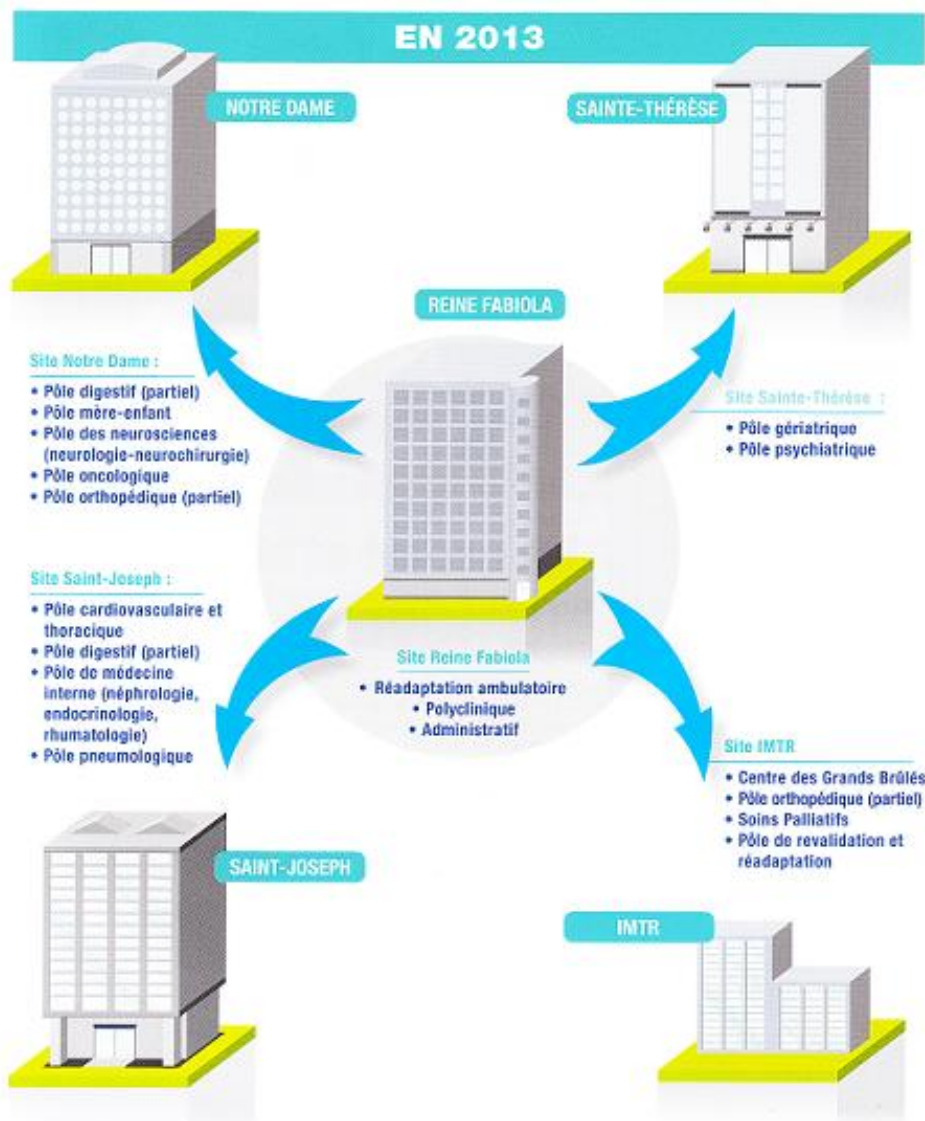


Figure 1 : Organisation des pôles qui composeront le GHdC en 2013 [Saelens, 2010]

5. Le GHdC en quelques chiffres

Le grand hôpital de Charleroi compte 1124 lits agréés dont 520 lits enregistrés dans les hôpitaux de Gilly et 604 lits installés sur le site de Notre Dame et Reine Fabiola (NDRF). Le personnel de l'hôpital, administration et infirmiers inclus, comptait en 2010, 2729.8 ETP. On pouvait également compter entre 430 et 450 médecins répartis sur les 5 sites.

En ce qui concerne le nombre de consultations, on remarque qu'il est en constante augmentation. Ainsi il était d'environ 409 000 pour l'année 2009. Nous pouvons aussi noter que, cette même année, il y a eu 27800 interventions effectuées au GHdC pour les 5 blocs opératoires disponibles.

C. Conclusion

Le Grand Hôpital de Charleroi, tout comme la majorité des hôpitaux situés en Belgique, sont, à l'heure actuelle, sans cesse tiraillé entre un environnement constamment changeant, des contraintes budgétaires, un système de financement stricte qui ne cesse d'évoluer et de se complexifier, et une volonté de plus en plus forte d'adopter les systèmes de management propres aux entreprises qui les entourent afin de mesurer leur activité. C'est pourquoi, aujourd'hui, il est désormais primordial pour les hôpitaux d'introduire la notion de performance dans leur vocabulaire quotidien. Celle-ci oblige les responsables à suivre de près l'activité leur établissement de santé, leur permettant dès lors de réagir rapidement lorsque cela s'avère nécessaire. Le chapitre suivant définit cette notion de performance, les différents moyens employés pour la mesurer et son implication dans le secteur hospitalier.

CHAPITRE 2 : La notion de performance

Ce deuxième chapitre a pour objectif de présenter la notion de performance. Ce concept est très connu et souvent utilisé à tort et à travers dans les conversations que l'on peut entendre en entreprise. La mesure de la performance est la base de l'élaboration d'un tableau de bord. C'est pourquoi il nous a semblé primordial de définir ce terme avant de rentrer dans le vif du sujet de notre analyse. Nous allons premièrement retracer l'évolution de ce concept au fil de ces dernières années. Ensuite, nous nous pencherons sur la définition même de la performance ainsi que sur la manière dont celle-ci est mesurée et pilotée au sein des organisations. La troisième partie sera consacrée à la présentation et à l'explication de la méthode d'élaboration du tableau de bord prospectif, outil de gestion des performances et d'aide à la décision. Pour finir, nous ferons le lien entre les concepts théoriques et la performance dans le milieu de la santé.

A. Evolution de la notion de performance

Nous pouvons remarquer que depuis une vingtaine d'années, la notion de performance ne cesse d'évoluer. C'est pourquoi, le contexte stratégique et organisationnel des entreprises en mutation ne cesse de montrer la nécessité de la conception de nouveaux outils de contrôle de gestion [17]. Dans les années 90, Kaplan et Norton ont observé que les mesures traditionnelles basées sur les indicateurs financiers donnaient une image incomplète du court terme. C'est pourquoi la conception purement financière a laissé progressivement la place à une économie actuelle où les actifs incorporels sont devenus des sources majeures d'avantages concurrentiels. Ceci exige donc l'installation d'outils qui décrivent les actifs fondés sur le savoir et les stratégies de création de valeur que ces actifs génèrent [5]. La vision de la performance axée sur la réduction des coûts délaisse quelque peu les indicateurs financiers pour s'intéresser de plus en plus aux différents partenaires de l'entreprise tels que les clients, les fournisseurs, les employés, les actionnaires, la collectivité... ainsi qu'aux processus et à la dynamique de croissance de l'organisation. La mesure de cette performance requiert donc la disponibilité d'informations pertinentes nécessaires aux gestionnaires pour veiller aux différentes améliorations de leur entreprise et par conséquent de prendre des décisions efficaces et efficientes. Les premiers modèles d'analyse de la performance groupant mesures financières et non financières tel que le « Balanced Scorecard » ont alors fait leur apparition dans la littérature scientifique. Leur caractère innovant réside dans la déclinaison de la stratégie de l'entreprise en indicateurs clé de la performance et dans la prise en compte des différents partenaires de l'entreprise. Un outil d'évaluation de la performance, tel que le Balanced Scorecard, n'aide pas seulement les organisations à surveiller le progrès de leurs opérations mais peut aussi les aider à améliorer leur fonctions internes et externes telles que la production, la logistique, la gestion des matériaux, le gain de part de marché, l'implémentation des stratégies

[18],... Nous pouvons donc dire que les mesures financières de performance sont importantes pour définir les décisions stratégiques de l'organisation mais qu'il est préférable de les combiner avec des mesures non-financières pour gérer le contrôle journalier des opérations telles que la fabrication, la distribution, la maintenance... Dans la société actuelle, être compétitif ne se résume plus seulement à offrir des produits à prix concurrentiels aux clients. Il s'agit également de proposer des services répondant à leurs exigences de qualité, de sécurité et de délai. L'entreprise performante n'est donc plus seulement celle qui réalise son chiffre d'affaires et dégage du bénéfice. Elle doit maintenant satisfaire ses clients et ce, dans une relation durable.

B. La notion de performance

1. Qu'est ce que la performance ?

La performance peut être vue comme le résultat obtenu dans une épreuve ou dans l'exécution d'une tâche [Petit Larousse Illustré, 1999]. Néanmoins, elle ne prend tout son sens que lorsqu'on l'évalue en la comparant à un autre élément. La performance est donc relative [Mollard, 2006, p.27]. Dans le cas d'une société, le premier objet de comparaison est sa stratégie. Sa mise en œuvre passe par des objectifs et sous-objectifs à atteindre par les différents niveaux de la hiérarchie. Afin d'atteindre ces cibles, des plans d'actions sont mis en œuvre et des résultats en découlent. Ce sont les performances de la société. Elles peuvent être *sociales, financières, industrielles, boursières*, ... selon le point de vue adopté [Dhaevers, 2006]. Une entreprise est d'autant plus performante que son pilotage est efficace.

Philippe Lorino résume cette définition de la performance de la façon suivante : « Est performance dans l'entreprise tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques » [Lorino, 2003, p.9]. Ce qui implique que les systèmes de pilotage ne peuvent être en aucun cas déconnectés de la stratégie adoptée par l'entreprise.

Chaque entreprise est, à tous niveaux, en permanence à la recherche de la performance. Mais on remarque souvent que la performance locale n'induit pas forcément la performance globale. En effet, chaque employé travaille dans son secteur sans vraiment se soucier de ce qui se passe dans les autres parties de l'entreprise et de la direction dans laquelle celle-ci veut évoluer. Travailler ensemble est donc une condition nécessaire pour le personnel d'une entreprise. Cela permet de créer des effets de synergie dans la recherche de la performance. Dès lors, chacun doit connaître et respecter les objectifs qui lui sont assignés afin de suivre la stratégie globale de l'entreprise. L'organisation de réunions devient alors nécessaire pour vérifier la cohérence à chaque niveau [Courtois, Bonnefous, 2001, pp.124-125].

2. Le pilotage de la performance

La mise en place d'un système de pilotage de la performance dans l'entreprise nécessite une réflexion préalable quant à son ancrage dans l'organisation. Il s'agit de définir un schéma de pilotage c'est-à-dire la manière dont le pilotage s'organisera au sein de l'entreprise (distribution des rôles, politiques d'entreprise, définition des pratiques collectives,...). Il est évidemment essentiel que le schéma de pilotage soit cohérent avec la stratégie d'entreprise. La mise au point du schéma de pilotage comprend 5 phases [Lorino, 2003, pp. 37-57] :

- Définir les cultures et logiques globales de pilotage (découpage financier, stratégique-opérationnel, pilotage permanent ou par projet, par des tableaux de bords, par la responsabilisation individuelle, ...),
- Définir les structures de pilotage (niveaux de pilotage hiérarchique, axes de pilotage)
- Mode de déploiement des politiques d'entreprise et rôles des équipes fonctionnelles,
- Organisation des cycles de gestion (plans-budgets, rôle des acteurs) et mode d'animation de gestion.
- Définir et positionner les fonctions de pilotages

Le pilotage de la performance se définit comme l'ensemble des actions à accomplir pour satisfaire les objectifs fixés et par conséquent, améliorer la performance de l'entreprise. Il s'agira d'identifier en amont les causes de non-performance afin que le responsable de l'entité évaluée puisse prendre les mesures correctives nécessaires au redressement de sa performance. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place un système de collecte d'informations en des endroits précis de l'organisation et de mettre sous contrôle des activités et ressources "critiques" pour atteindre le niveau de performance demandé. C'est pourquoi, un système d'indicateurs de performance est mis en place, principalement pour mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés [Mollard, 2006, p.28]. Ces indicateurs ont pour rôle de traduire la performance des processus opérationnels qui sont eux, liés avec la stratégie de l'entreprise [Demestree et al, 2006, pp.41-42].

Piloter la performance nécessite une bonne connaissance des processus mais également une bonne maîtrise de la part des gestionnaires qui la pilotent. Une première étape du pilotage de la performance consiste à assurer la collecte, le traitement et la diffusion de l'information à chaque niveau de l'organisation. La seconde composante réside dans la structure des données dont le nombre dépendra des besoins et de l'information disponible. Il est évident que ces données devront être accessibles dans des délais et des coûts les moins élevés possibles. Enfin, la troisième composante est assurée par un pilote chargé de définir et de suivre la progression des différentes actions [Mollard, 2006, p.16].

3. Les 3 piliers de la performance

De nos jours, les établissements de santé sont sans cesse incités à réaliser des changements au niveau de leurs infrastructures et plus particulièrement du point de vue de leur organisation. Le but étant une meilleure maîtrise des budgets qui leur sont alloués dans un contexte où la demande de soins augmente et où les ressources deviennent de plus en plus rares. Pour pallier à toutes ces mutations, il est nécessaire de construire un système de gestion performant. Pour ce faire, celui-ci

doit répondre à trois exigences qui forment ensemble les trois piliers de la performance comme le montre la figure 2:

- *La pertinence* : ce concept est « l'articulation entre les objectifs et les moyens ». Ce qui amène à la question suivante : les moyens mis en œuvre correspondent-ils aux objectifs ? Cela revient à se demander si on a fait les bons choix en matière de technologies, d'équipements, de pratiques dans le but d'éviter des investissements dans du matériel qui deviendra très vite obsolète.
- *L'efficience* : elle est « l'articulation entre les moyens et les résultats » et permet de se poser la question : « est-ce que les résultats sont suffisants compte tenu des moyens mis en œuvre ? ». Ce pilier de la performance n'est mesuré que lors de la phase d'exploitation de l'activité. Si le niveau d'efficience n'est pas acceptable, il sera alors nécessaire d'aviser des changements au niveau du pilotage (maintenance du système, amélioration continue), du management (la gestion du personnel) ou de la gestion des activités (planification, ordonnancement).
- *L'efficacité* : une notion qui représente « l'articulation entre les résultats et les objectifs » : à quel point l'objectif fixé est-il atteint ? L'efficacité est généralement mesurée par des indicateurs. Si celle-ci n'est pas acceptable, les actions devront porter sur l'organisation interne.

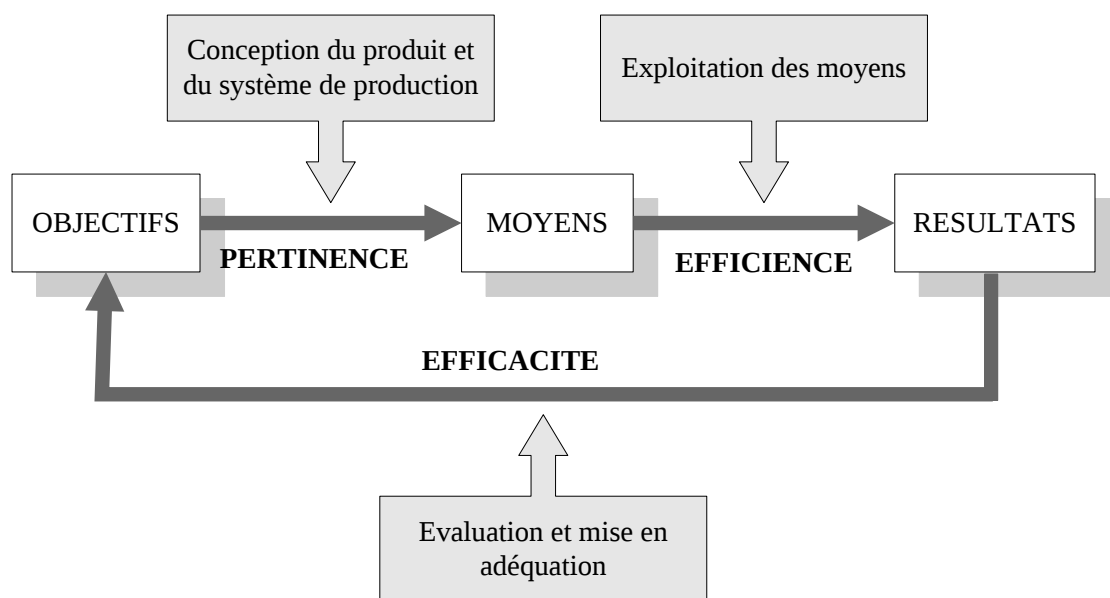


Figure 2: Articulation des 3 piliers de la performance [Marcon et al, 2008]

4. Les indicateurs de performance

Le principe de performance s'accompagne obligatoirement de celui de la mesure. Nous ne pouvons pas parler de progrès si nous ne sommes pas capables de mesurer l'écart entre une situation initiale et finale [Mougin, 2004, p.189] et de voir si les objectifs visés sont effectivement atteints. Fabienne Guerra souligne que la performance implique que l'entreprise soit efficace et efficiente, c'est-à-dire qu'elle doit essayer de réduire cet écart tout en minimisant les ressources utilisées [Guerra, 2007, p.87]. Nous avons donc besoin d'évaluer cet écart à l'aide d'indicateurs qui prendront une nature différente en fonction de ce qu'ils veulent mesurer, une évolution ou un résultat.

4.1. Qu'est ce qu'un indicateur de performance ?

Un indicateur de performance peut être défini comme une information devant aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat [Lorino, 2003, p.130]. C'est une mesure subjective construite par l'acteur. Cet outil d'aide à la décision reflète donc un élément de situation ou une mesure de l'évolution d'un point de vue quantitatif [1]. Il est évident que l'indicateur n'a de sens que lorsqu'il est accompagné de ses critères précis de définition ainsi que du contexte de sa mise en œuvre. Selon la norme ISO 8402, un indicateur est une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis. Nous pouvons donc souligner l'importance de la disponibilité d'informations numériques et répétées à la création d'un indicateur. Fabienne Guerra définit des critères de sélection des indicateurs car il est nécessaire de n'en retenir qu'un nombre limité afin de pouvoir assurer leur suivi. Pour qu'un indicateur soit choisi, il doit [Guerra, 2007, pp.90-91] :

- *Mesurer un ou plusieurs objectifs* : les indicateurs sont choisis en fonction des objectifs et besoins de l'unité à piloter
- *Être constructible* : les données nécessaires à la construction de l'indicateur peuvent être facilement obtenues
- *Être utilisable en temps réel* : l'indicateur doit être construit de sorte que sa valeur traduise toute modification du phénomène contrôlé
- *Être communicable* : la forme de la présentation des valeurs prises par les indicateurs est très importante car elle peut influencer l'interprétation de l'utilisateur
- *Induire l'action* : l'indicateur doit permettre de juger l'évolution des valeurs mesurées afin d'alerter l'utilisateur en cas d'action de correction à entreprendre si nécessaire.

Nous pouvons donc dire qu'un indicateur qui ne possède aucun de ces critères sera sans doute inutile à l'organisation. Il sera alors plus judicieux de, soit le redéfinir, soit le supprimer car il n'apporte aucune plus-value dans l'évaluation des activités, au contraire il coûte à l'organisation (collecte des données, traitements des informations, temps consacré à l'analyse,...) [Demestree et al, 2006, p.83].

En plus de ces critères, Bonnefous et Courtois soulignent qu'il existe également 3 niveaux d'indicateurs qui se relayent afin d'assurer la performance de l'entreprise [Courtois, Bonnefous, 2001, p.128] :

- *Indicateurs stratégiques* : ce sont des indicateurs de long terme, très synthétiques et souvent d'ordres financiers. Ils représentent un intérêt pour une direction d'entreprise ou une équipe de pilotage à un niveau hiérarchique élevé.
Exemples : CA de l'ensemble des activités, niveau de satisfaction des clients
- *Indicateurs tactiques* : ce sont des indicateurs de moyen terme qui intéressent la hiérarchie de niveau intermédiaire.
Exemple : taux de rotation des stocks
- *Indicateurs opérationnels* : ce sont des indicateurs de court terme utiles aux niveaux opérationnels de l'entreprise. Ils sont liés à des points particuliers et précis et rarement exprimés sous forme financière.
Exemple : suivi de la production journalière

Ces trois catégories d'indicateurs diffèrent non seulement par l'horizon sur lequel porte la décision mais également par le niveau de responsabilité des décideurs et le degré d'agrégation des informations employées.

Pour permettre le pilotage, il est nécessaire de définir le niveau de l'indicateur à partir duquel il rend compte d'une bonne ou mauvaise qualité de performance c'est-à-dire de fixer un objectif à atteindre ou au contraire à ne pas dépasser. Pour ce faire, une échelle de classement sera définie [Mollard, 2006, p.32].

4.2. Les typologies d'indicateurs de performance

Il est important de choisir adéquatement l'indicateur en fonction de ce que l'on veut réellement mesurer. Pour ce faire, il existe plusieurs typologies d'indicateurs que nous allons définir ci-dessous.

4.2.1. Indicateurs de résultat et indicateurs de suivi ou de progression

L'indicateur sera appelé indicateur de résultat lorsqu'il s'agit d'évaluer le résultat final d'une action achevée. C'est un outil de contrôle d'atteinte ou non des objectifs fixés par la cellule, le département ou l'entreprise [Lorino, 2003, p.131].

Exemple: le taux de défauts sur le produit fini est un indicateur de résultat pour la fabrication; il est une mesure a posteriori, un constat.

L'indicateur de progression ou de suivi est utilisé afin de mesurer le niveau de déroulement d'une action en cours en permettant, si nécessaire, de mettre en place des actions correctives avant que le résultat ne soit consommé. Un indicateur de suivi doit révéler à l'entreprise les évolutions tendanciennes dans les processus et fournir une capacité d'anticipation ou de réaction en temps opportun.

Exemple: les caractéristiques dimensionnelles d'échantillons prélevés régulièrement en cours de fabrication permettent d'anticiper d'éventuels problèmes de qualité avant que ceux-ci soient mesurés en fin de parcours par un taux de défauts.

La distinction entre ces deux indicateurs est relativement floue et dépend de l'action considérée. Par exemple, les indicateurs de résultats pour certaines actions peuvent être des indicateurs de pilotage pour d'autres actions d'horizon long terme.

4.2.2. Indicateurs de pilotage et indicateurs de reporting

Les indicateurs de reporting, comme le montre la figure 3, servent à informer le niveau hiérarchique supérieur des résultats atteints par le niveau inférieur. Cet indicateur correspond souvent à un engagement formel pris par un responsable vis-à-vis de sa hiérarchie et permet d'en mesurer l'accomplissement. Il s'agit d'un indicateur de résultat, d'un constat a posteriori [Lorino, 2003, p.132].

Les indicateurs de pilotage, quant à eux, servent à la propre gouverne de ceux qui les suivent, pour l'aider à piloter son activité. L'indicateur de pilotage doit éclairer une action en cours, et ne doit pas nécessairement, comme l'indique la figure 4, faire l'objet d'une remontée hiérarchique supérieure pour permettre un contrôle a posteriori. Les indicateurs de pilotage sont liés, soit au suivi d'actions en cours, soit à des points sur lesquels le responsable veut maintenir un état de vigilance en contrôlant régulièrement les résultats atteints. Selon les cas, ces indicateurs seront des indicateurs de suivi ou de résultats.

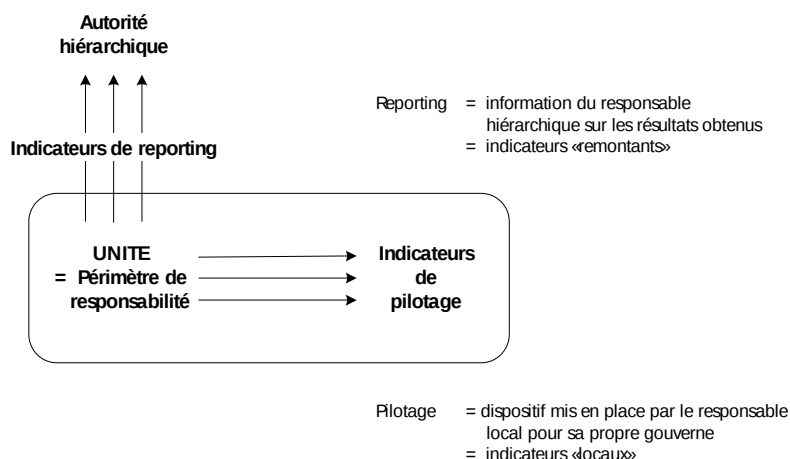


Figure 3 : Les indicateurs de pilotage [Lorino, 2003, p133]

4.2.3. Indicateurs synthétiques et indicateurs ciblés

Un indicateur sera synthétique lorsqu'il reprendra de manière globale une situation construite sur base d'une multitude d'informations comme par exemple le coût de revient d'un produit. Il couvre donc un champ très large. Cependant, étant construit sur base de multiples composantes, il risque souvent d'être difficile à interpréter.

Au contraire de cet indicateur plus global, quand il se focalisera sur un aspect précis et particulier de la performance de l'organisation, l'indicateur de performance sera nommé indicateur ciblé. Celui-ci est plus facilement interprétable mais risque de s'accumuler s'il n'est pas bien défini préalablement. [Demestree et al, 2006, p.86]

4.3. Le diagramme de progrès

Après avoir calculé les indicateurs de performance, il est conseillé de les représenter graphiquement afin d'observer les progrès engendrés dans le temps. Ceci permet d'informer le personnel des résultats obtenus ainsi que leur évolution. De plus, cela constitue une pression indirecte pour que des actions correctives soient mises en œuvre et que les différents problèmes observés soient traités. En cas de problèmes, il faut, si possible, trouver des explications indiquant que les résultats obtenus sont indépendants des efforts fournis ou qu'ils sont dus à une activité particulière de l'organisation [Mougin, 2004, p.189].

C. Le tableau de bord d'une entreprise

1. Qu'est ce qu'un tableau de bord ?

Le tableau de bord est un outil d'aide à la prise de décisions pour les gestionnaires, outil de pilotage dynamique permettant d'observer les résultats du passé afin de conduire au mieux les actions futures en fonction des objectifs fixés [Mollard, 2006, p.8]. Il permet de voir, comprendre les différentes situations, évaluer l'importance des variations et des écarts et en faire le suivi ainsi que de localiser les problèmes afin de pouvoir agir. C'est un moyen très efficace qui permet de sensibiliser les responsables aux facteurs clés de succès pour l'organisation ou le service concerné [16]. Le tableau de bord doit s'accompagner d'une lecture expliquée et commentée entre les différents acteurs afin d'analyser au mieux les données et d'alerter les acteurs en cas de risques potentiels qui empêcheraient la réalisation des objectifs initiaux [Mollard, 2006, p.9]. Ceux-ci peuvent être utilisés dans tous les services et entités, à chaque niveau hiérarchique selon ses besoins ou préoccupations. Il est important de mettre en place un système de tableaux de bord permettant une navigation entre différents niveaux selon la hiérarchie de l'organisation ou selon les niveaux d'agrégation des indicateurs.

Pour être un outil efficace d'aide au pilotage, le tableau de bord doit être structuré. Alain Fernandez définit 4 qualités essentielles d'un tableau de bord efficace [Fernandez, 2005, pp.68-70] :

- Il ne présente que les informations essentielles : il répond à la question QUOI ?
- Il ne se contente pas de signaler les dysfonctionnements mais délivre aussi des éléments d'explication : il répond à la question POURQUOI ?
- Il est un véritable outil d'aide à la décision et contribue à la définition de nouvelles tactiques d'action : il répond à la question COMMENT FAIRE ?
- Il est toujours mis à jour : il répond à la question ET ENSUITE ?

2. Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton

Le « Balanced Scorecard » que la littérature française a traduit par « tableau de bord prospectif (TBP) » a été développé par Robert S. Kaplan et David P. Norton au début des années 90 et est aujourd'hui largement utilisé dans la plupart des organisations. Cet outil, représenté par la figure 4, a pour objectif de traduire la stratégie de l'entreprise en objectifs spécifiques et mesurables. Il se compose d'un ensemble de mesures d'ordre financier et de mesures d'ordre opérationnel plus

directement liées à la stratégie des organisations. Fabienne Guerra précise que le tableau de bord est organisé afin de prévoir un équilibre entre [Guerra, 2007, pp.112-113] :

- Les objectifs à long terme et à court terme
- Les indicateurs financiers et non-financiers
- Les mesures de la performance passée (indicateurs de résultats) et les indicateurs de progrès futurs (indicateurs de suivi)
- Les mesures internes (relatifs aux processus) et externes (actionnaires et clients)

En résumé, « le tableau de bord prospectif est une méthode de management ou de pilotage qui traduit la stratégie et les objectifs de l'organisation en un ensemble d'indicateurs de performance qui constituent la base d'un système de pilotage » [Kaplan, Norton, 1996, pp.10-12].

Ce contrôle de la performance s'effectue selon le choix et la classification des indicateurs en quatre catégories principales [Guerra, 2007, pp.118-119]:

- *Les indicateurs financiers :*

Les objectifs financiers servent à évaluer les conséquences économiques des actions et décisions passées et relèvent de la rentabilité, de la croissance et de la valeur pour l'actionnaire. Autrement dit, leur rôle est de s'assurer que la mise en œuvre de la stratégie contribue à améliorer la rentabilité.

- *Indicateurs de satisfaction des clients (correspondant aux patients dans le cas d'un hôpital) :*

Il oblige l'entreprise à ne pas perdre de vue l'importance de la satisfaction et de la fidélisation des clients existants, l'accroissement de la clientèle, la rentabilité par catégorie de clients, la part de marché sur les segments ciblés ainsi que l'adéquation entre les prestations fournies et leurs besoins ou attentes. La satisfaction ayant un impact évident sur la performance financière future. Pour l'hôpital, cet axe reprend par exemple des indicateurs tels que la qualité des soins, la relation du patient avec le corps médical,...

- *Les indicateurs de processus internes :*

Ces indicateurs permettent de suivre les processus clés pour lesquels l'entreprise doit exceller. Ils visent à évaluer la fourniture de produits ou de services en termes de qualité, coûts, délais et flexibilité, dans le but d'accroître la satisfaction du client et la performance économique.

Exemples en secteur hospitalier : le nombre d'admission par les urgences ou encore le temps d'attente à l'accueil.

- *Les indicateurs d'apprentissage organisationnel et croissance :*

Cet axe concerne l'innovation qui porte sur les produits, les procédés mais qui peut également concerner les processus de l'entreprise ainsi que la mise en place d'infrastructures que l'entreprise doit mettre en place pour améliorer la performance et générer la croissance à long terme. Nous pouvons citer par exemple : le taux de satisfaction du personnel, le nombre de personnes employées, la motivation du personnel, leur fidélité,...

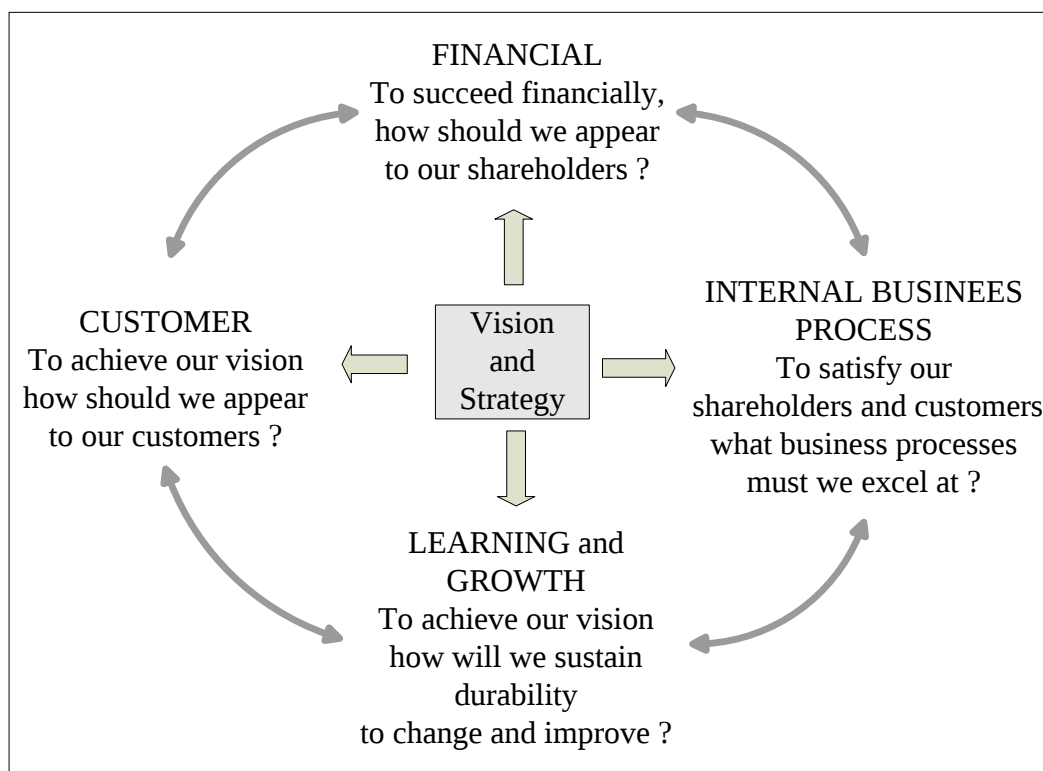


Figure 4 : Modèle du tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton [Marcon et al, 2008, p11]

Cet outil de pilotage s'applique à la gestion de tout type d'organisation (secteurs publics ou privés) et peut être utilisé par les différents postes de l'entreprise : production, ressources humaines, qualité,...

Il existe plusieurs liens de causalité entre ces quatre perspectives, les indicateurs non financiers permettant de prévoir avec anticipation les évolutions ultérieures des indicateurs financiers. On peut par exemple remarquer que la performance financière dépend de la satisfaction des clients ou

que cette dernière dépend de l'organisation et du bon fonctionnement des processus internes. On peut ainsi voir que l'élaboration d'un système de performance est guidée par les liens de causalités existant entre les différentes catégories d'indicateurs [Mollard, 2006, p.44].

Cependant, le Balanced Scorecard reste encore un outil de gestion très orienté vers le résultat économique et financier et ne peut donc pas être considéré comme un moyen d'évaluation de la performance globale définie comme « l'agrégation des performances économiques, sociales et environnementales » [5].

3. L'élaboration de tableaux de bord

Un tableau de bord est élaboré selon une démarche structurée afin de faciliter l'adhésion et l'implication des différents niveaux de décisions. Il n'est donc jamais isolé. Il est généralement élaboré dans un système « gigogne » c'est-à-dire qu'une partie de l'information disponible à un certain niveau de responsabilité est recueillie pour ensuite être synthétisée ou agrégée à un niveau de responsabilité supérieur [Hubinon, Grimmiaux, 2002]. L'ensemble des tableaux de bord de l'organisation doivent donc être parfaitement cohérents.

3.1. Le pilotage de la performance par les processus et les compétences

Après avoir défini la stratégie qu'elle souhaite développer, l'entreprise se doit de la déployer sur l'ensemble de l'organisation, de la traduire en plans d'action. Il s'agira de concevoir et de mettre en place le système de pilotage comprenant un ensemble d'indicateurs de suivi et d'indicateurs de résultats regroupés dans différents tableaux de bord.

Le système de pilotage, basé sur la stratégie de l'entreprise comprend deux phases, une phase de déploiement et une phase de retour d'expérience. Parcourons ensemble la démarche de déploiement proposée par Philippe Lorino. Celle-ci se décline en huit étapes [Lorino, 2003, pp.83-87] :

- **Formulation des objectifs stratégiques** : Quelle est la cible de l'entreprise ?
Celle-ci est souvent l'affaire de la direction générale qui devra s'attacher à définir des objectifs stratégiques les plus proches possible de l'action.
- **Analyse des processus de l'entreprise** : Quels sont-ils ? Parmi ceux-ci quels sont ceux qui présentent la plus grande sensibilité stratégique ?
Le découpage de l'entreprise en processus n'est pas unique, il est étroitement lié aux priorités stratégiques de l'entreprise.

- **Analyse des activités et plus particulièrement, de celles composant les processus les plus sensibles** (étape facultative)

La réalisation de cette étape se fera au moyen de questionnaires distribués ou d'interviews. L'obtention de ces informations facilitera la visualisation des points critiques du système d'action et la sélection des leviers d'action.

- **Déploiement des objectifs sur les processus** : Quels sont les caractéristiques de ces processus qui ont un impact majeur sur l'atteinte des objectifs stratégiques, en d'autres termes quels sont les enjeux de performance ?

Un groupe de 5 à 10 personnes par processus sera mobilisé pour réaliser cette étape de la démarche.

- **Analyse cause à effet afin de déterminer les leviers d'action** : Quels sont les leviers d'action concrets et opérationnels qu'il faudra manier pour maîtriser les enjeux de performance par processus pour atteindre les objectifs stratégiques ?

Ces leviers déterminés par les mêmes groupes de processus seront le résultat d'un choix managérial. Ils résulteront d'un jugement collectif fondé sur l'enquête d'une équipe.

- **Définition des plans d'action** : Pour chaque levier d'action identifié quel sera le plan d'action à mener pour atteindre la cible ?

Le nombre conséquent de plans d'action peut amener les entreprises à les inter-classer au moyen d'une évaluation multicritère. Les plans d'actions énumérés, préalablement classés en deux catégories (court et moyen termes), sont classés, pour chacune d'elles, sur base des deux critères pondérés de faisabilité et de pertinence.

- **Définition et mise en œuvre de l'animation de gestion** par centre de responsabilité et / ou par processus, destinée à assurer une bonne réactivité, le suivi des plans d'action et un diagnostic de performance continu.

- **Choix, définition et mise en œuvre des indicateurs et tableaux de bord** : Pour suivre les plans d'action définis et mesurer les résultats obtenus quels indicateurs de pilotage et de résultats seront retenus ? Comment les organisera-t-on en tableaux de bord, de la direction générale aux niveaux les plus opérationnels ? Comment les indicateurs seront-ils mis en œuvre dans les systèmes d'information ?

Comme le montre la figure 5, un modèle de causes à effets sera utilisé pour définir les indicateurs à mettre en place.

Le déploiement de la stratégie est illustré par le schéma suivant :

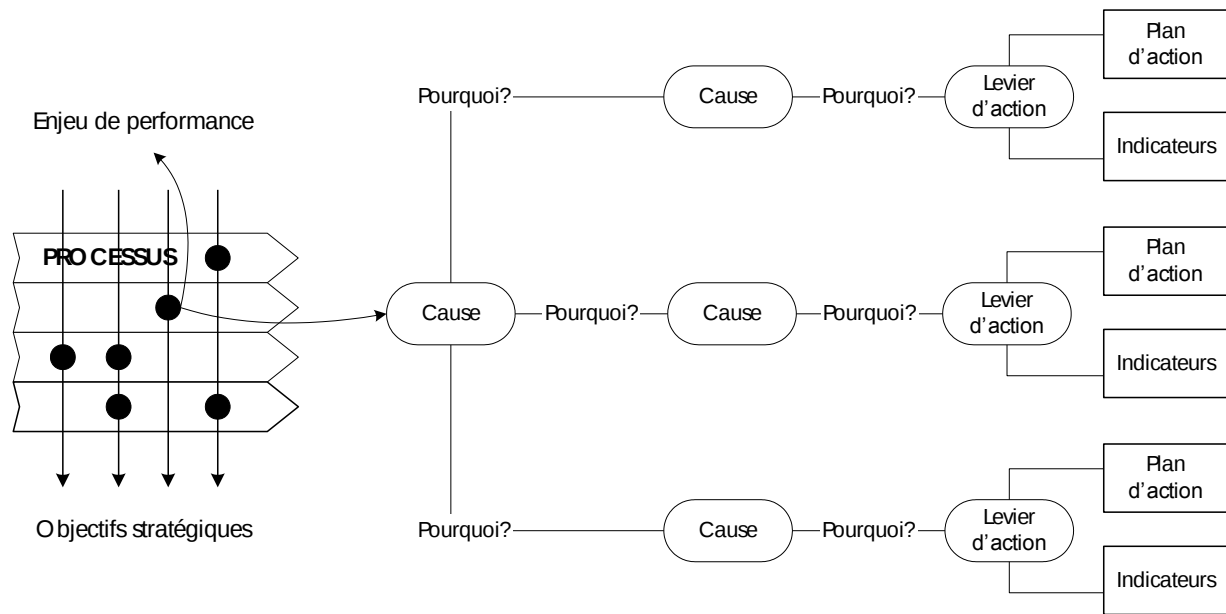


Figure 5 : Déployer la stratégie, schéma d'ensemble [Lorino, 2003, p87]

Même s'ils ont été jugés moins pertinents, l'entreprise n'étant jamais à l'abri d'une erreur, un certain nombre de ces processus se verra attribuer des indicateurs de performance cachés de façon à surveiller leur évolution et à ne se révéler qu'en cas de changement de situation. Il s'agit de la méthode de l'iceberg.

L'élaboration d'un système de pilotage nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise. C'est cette collaboration qui garantira son succès. Kaplan et Norton insistent sur le fait que tous les salariés comprennent la stratégie de l'organisation et mènent leurs activités quotidiennes de manière à contribuer au succès de cette stratégie. La communication doit donc être verticale [Kaplan, Norton, 2007, p.14].

3.2. Elaboration de cartes stratégiques par Kaplan et Norton

Lorsque la stratégie et les objectifs de l'organisation ont été définis et avant la réalisation du tableau de bord proprement dit, il est conseillé de décliner ces objectifs selon les 4 axes définis précédemment (financier, client, processus interne, apprentissage organisationnel) afin de dresser la carte stratégique [Kaplan, Norton, 2007, pp.75-76]. Cette carte, représentée par la figure 6, montre les interactions entre les principaux objectifs, autrement dit, elle présente des liens de cause à effet pour décrire comment les actifs immatériels peuvent être mobilisés et combinés avec

d'autres actifs, aussi bien matériels qu'immatériels. La carte stratégique procure aux différents responsables un cadre pour décrire et gérer la stratégie de leur organisation.

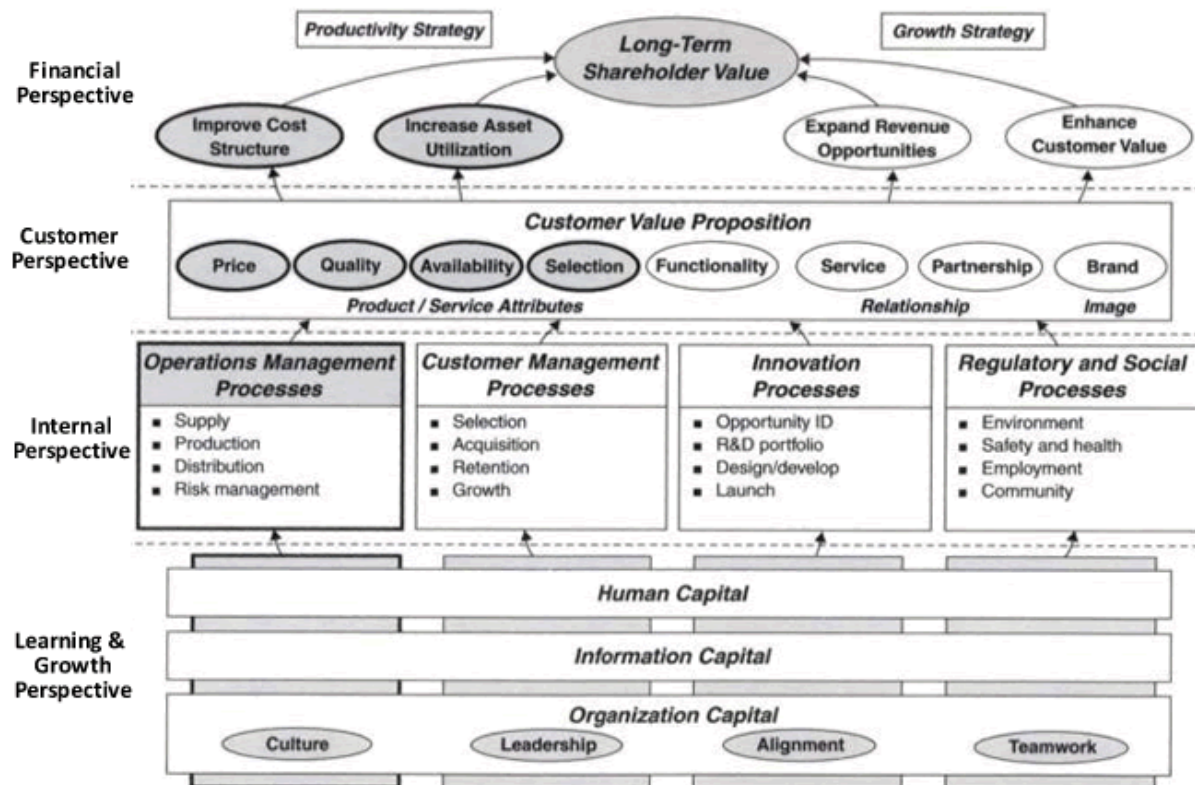


Figure 6 : exemple d'une carte stratégique [Kaplan, Norton, 2004, p11]

D. La performance hospitalière

1. Une préoccupation constante

Nous savons tous qu'il est essentiel, pour le bien-être des sociétés ainsi que pour la croissance économique du pays, que le domaine de la santé ne soit pas mis à l'écart. Celle-ci constitue un élément indispensable à notre vie en société. En effet, des récentes études ont prouvés que les différentes manières de gestion, d'organisation et de financement des systèmes de santé ont des conséquences considérables sur la vie des personnes [L'observateur de l'OCDE, 2001]. Cependant, on peut remarquer que ce domaine est trop souvent perçu comme un service primordial mais générant beaucoup trop de dépenses. C'est pourquoi, au vu de l'ampleur des ressources financières consacrées à la santé, la question de l'évaluation de la performance hospitalière prend une importance particulière. Ainsi, ce sont la satisfaction des clients, la productivité, l'activité clinique,...qui sont constamment mesurées par des indicateurs [3], outils d'aide à la prise de décisions et nécessaires au pilotage de l'organisation.

Un système d'évaluation de la performance induit plusieurs avantages tels que la comparaison des hôpitaux en fonction de leur productivité, une attention plus soutenue envers les hôpitaux qui en ont besoin ou encore l'instauration de programmes d'intéressement pour les plus performants [3]. La mise en place d'un système de pilotage efficient au sein des systèmes de production de soins est donc devenue incontournable [Marcon et al, p10].

En ce qui concerne le secteur hospitalier, le caractère multidimensionnel (stratégique, organisationnel, managérial, technique, financière, commerciale, sociétale), contingent et paradoxal de la performance peut être illustré de manière suivante : « Le défi auquel les directions d'hôpitaux (gestionnaires, médecins, ...) sont confrontées est d'assurer l'équilibre financier de leurs institutions sans compromettre la santé de leurs patients. Les gestionnaires doivent s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de diminuer le turnover du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'augmenter le taux de rotation des lits, de respecter les normes concernant le personnel soignant, de veiller à la formation permanente du personnel, de sécuriser le parcours de soins des patients et d'assurer la meilleure qualité des soins possible. Ces différents aspects, parmi d'autres, relèvent de la performance hospitalière. Ils confirment l'existence de différentes dimensions de la performance recherchée » [Marcon et al, 2008, chap3 p3].

La performance des établissements de santé est un des enjeux majeurs de la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) du 21 juillet 2009. Dans le cadre de celle-ci, l'ANAP (Agence Nationale d'appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) a été créée en France afin de diffuser et optimiser des outils de pilotage de la performance hospitalière. Dans cette perspective, cette agence a mis en place un outil appelé HospiDiag dont l'objectif est

d'explorer toutes les dimensions de la performance d'un établissement de santé selon cinq axes d'analyse : activité, finance, qualité, ressources humaines et l'organisation/process [14]. De plus, cet outil est à disposition de tous les acteurs de la santé, qu'ils soient nationaux (Haute Autorité de la Santé), régionaux (Agence Régionale de la Santé) ou locaux (hôpitaux) [Bonvoisin, 2011, p27].

2. Définition de la performance hospitalière

La performance hospitalière, tout comme la notion de performance elle-même, est un concept difficile à développer dû aux nombreuses variétés de définitions présentent dans la littérature. Nous allons en retenir une seule qui nous semble complète.

Cette définition est proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [21]: « Performance is the achievement of desired goals. High hospital performance should be based on professional competences in application of present knowledge, available technologies and resources; efficiency in the use of resources; minimal risk to the patient; satisfaction of the patient; health outcomes. Within the health care environment, high hospital performance should further address the responsiveness to community needs and demands, the integration of services in the overall delivery system, and commitment to health promotion. High hospital performance should be assessed in relation to the availability of hospitals' services to all patients irrespective of physical, cultural, social, demographic and economic barriers».

Nous pouvons donc dire que la recherche de la performance et de l'efficience hospitalière passe par l'identification des besoins relatifs aux patients tout en veillant à l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation.

3. Les différentes dimensions de la performance hospitalière

Dans leur livre, Marcon, Guinet et Tahon mettent en évidence trois dimensions incontournables de la performance hospitalière qui permettent d'assurer la performance de l'hôpital et d'en justifier son activité. Les trois dimensions sont les suivantes [Marcon et al, 2008, chap3 p5] :

- *la dimension verticale* : « elle fait référence à la capacité des établissements de soins à s'inscrire dans les orientations du système de santé et à converger vers les objectifs globaux de la société ». La recherche de cette performance force les organisations à repenser leurs objectifs et leur mode de fonctionnement.
- *la dimension latérale* : « désigne la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des malades s'adressant à lui, mais aussi aux attentes des salariés, des financeurs du système, et des citoyens d'une manière générale ».

- *la dimension horizontale* : « désigne la capacité de l'hôpital à combiner son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, techniques (le juste équipement), médicales (le juste acte), de soins (les justes compétences), organisationnelles (le juste délai, le juste temps et la juste information), sociales (le juste lieu) et psychologiques (la juste attention et la juste communication) ».

Pour résumé, l'hôpital doit trouver une bonne organisation qui lui permettra simultanément d'avoir une prise en compte adaptée des finalités des acteurs du système (performance verticale) et une forte différenciation des réponses aux besoins des patients (performance latérale). Une organisation en relation avec les autres entités du système représente aujourd'hui la forme d'organisation la plus adaptée pour concilier les deux dimensions précédentes (performance horizontale).

En parallèle à ces trois dimensions, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans le cadre du projet PATH, ajoute six critères clés de la performance hospitalière : clinical effectiveness (l'efficacité clinique), efficiency (l'efficience), staff orientation (la responsabilité envers les ressources humaines), responsive governance (la responsabilité envers la population locale), safety (la sécurité), patient centeredness (l'approche centrée sur le patient). Ces 6 critères sont repris dans le tableau 1.

<i>Dimension</i>	<i>Including</i>
<i>Clinical effectiveness</i>	<i>Technical quality, evidence-based practice and organization, health gain, outcome (individual and population)</i>
<i>Patient centeredness</i>	<i>Responsiveness to patients: client orientation (prompt attention, access to social support, quality basic amenities, choice of provider), patient satisfaction-</i>
<i>Production efficiency</i>	<i>Resources, financial (financial systems, continuity, wasted resource), staffing ratios, experience (dignity, confidentiality, autonomy, communication)</i>
<i>Safety</i>	<i>Patients and providers, structure, process Clinical effectiveness technology</i>
<i>Staff</i>	<i>Health, welfare, satisfaction, development (e.g. turnover, vacancy, absence)</i>
<i>Responsive governance</i>	<i>Community orientation (answer to needs and demands), access, continuity, health promotion, equity, adaptation abilities to the evolution of the population's demands</i>

Tableau 1 : Les 6 dimensions clés de la performance hospitalière [Marcon et al, 2008]

4. Les modèles de la performance hospitalière

La littérature présente de nombreux modèles de performance qui tiennent compte de la plupart des différentes approches formant les organisations. Selon la nature de la performance, plusieurs auteurs ont identifiés un certain nombre de modèles considérés comme dominants. Ceux-ci sont synthétisés dans le tableau 2 ci-dessous.

Modèle organisationnel	Définition de l'organisation	Définition de la performance	Modèle(s) de gestion
Modèles rationnels	L'organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques	Atteinte de ces objectifs	Qualité / Efficacité
Modèle d'analyse des processus	L'organisation insiste sur l'efficacité des processus de production	Efficacité des processus internes de production et de coordination	Gestion de la qualité totale, réingénierie des processus
Modèle des relations humaines	L'organisation se concentre sur le développement de son personnel	Qualité du milieu de travail sur le plan humain, satisfaction des groupes d'intérêt	Satisfaction des besoins
Modèle de l'acquisition des ressources	L'organisation est perçue au travers de ses relations avec son environnement	Aptitude à obtenir les ressources nécessaires à sa survie	Gestion budgétaire, minimisation des coûts, approche client
Modèle centré sur l'erreur	L'organisation tente d'éliminer toute trace d'inefficacité interne	Absence de fautes ou de caractéristiques inefficaces	Approche zéro défaut, événements sentinelles
Modèle du système d'action rationnelle	L'organisation est étudiée à travers ses buts mais aussi ses processus	S'appréhende à travers des indicateurs de structure, de processus et de résultats	Amélioration continue, grilles stratégiques

Tableau 2 : Modèles organisationnels, organisation, performance et modèles de gestion

[Bonvoisin, 2011, p31]

Cependant, certains de ces modèles monodimensionnels de performance ne sont pas tous adaptés en vue d'une utilisation dans le domaine de la santé. A titre d'exemple, le modèle d'acquisition des ressources suit la logique du « toujours plus » alors que celle-ci est loin d'être le souci principal des établissements de santé. En effet, ceux-ci privilégient plutôt la qualité que la quantité. Nous retrouvons le même problème dans le modèle rationnel d'atteinte des buts qui lui, est largement critiqué par le fait qu'il présente de grandes difficultés en ce qui concerne l'identification des objectifs de l'organisation, l'évaluation des intrants et extrants de la production ainsi que dans la prise en compte du côté qualitatif [Bonvoisin, 2011, p34].

De plus, la multiplicité de ces modèles organisationnels, leurs dimensions particulières et leur caractère à la fois complémentaire et exclusif ont amenés les auteurs à réfléchir à la construction d'un modèle synthétique et intégrateur qui combine les différentes dimensions existantes des modèles organisationnels [Marcon et al, 2008, p9]. Pour mieux comprendre, nous allons passer en revue deux de ces modèles intégrateurs de performance présents dans le domaine de la santé, le modèle de Sicotte et le modèle PATH.

4.1. Le modèle de Sicotte

Le modèle intégrateur conçu par Sicotte est souvent utilisé lorsqu'il est question de performance dans le secteur de la santé. Il associe la complémentarité et la recherche d'un équilibre entre les diverses dimensions de la performance. Ce modèle s'inspire de la théorie de l'action sociale définie par Parsons, qui stipule que pour survivre, une organisation doit maintenir en permanence quatre fonctions essentielles. Ces quatre dimensions, qui ont été ajustées au domaine de la santé par le modèle de Sicotte, sont décrites ci-dessous [Bonvoisin, 2011, p 161] :

- L'atteinte des buts : « une orientation de ses missions »
- L'adaptation : « une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et les transformer »
- La production : « une intégration des ses processus internes pour produire »
- Le maintien des valeurs et le climat organisationnel : « un maintien des valeurs et des normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes ».

Ce modèle montre que la performance hospitalière est une recherche d'équilibre entre ces quatre dimensions de part l'évaluation des interactions et liens réciproques qui existent entre elles et qui est représentée par les six alignements suivants (figure 7) [Sicotte et al, 1998] :

- *Alignement stratégique* : « cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts) ».
- *Alignement allocatif* : « cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (adaptation) [...] et comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production ».
- *Alignement tactique* : « cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production [...] et comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation ».
- *Alignement opérationnel* : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production [...] et l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnelles ».
- *Alignement légitimatif* : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels [...] et comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ».
- *Alignement contextuel* : cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation [...] et comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel ».

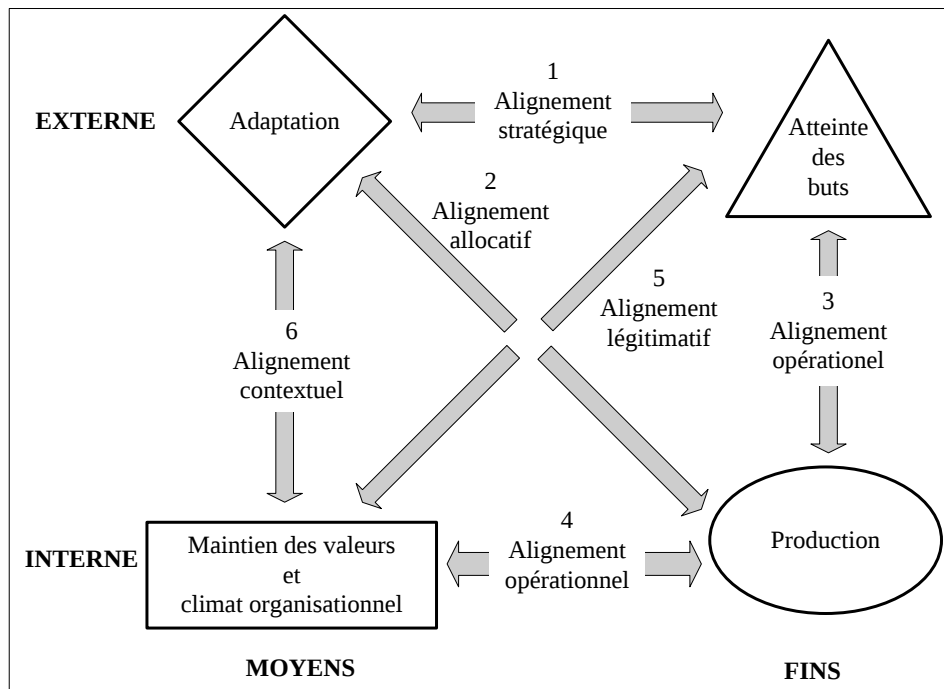


Figure 7: Modèle de Sicotte et al. fondé sur la théorie de l'action sociale de Parsons [Bonvoisin, 2011, p161]

4.2. Le modèle PATH

En 2003, le bureau régional européen de l'OMS a mis en place le projet PATH (Performance Assessment Tools for quality improvement in Hospitals) dont le but était de réaliser un projet européen d'évaluation et de comparaison de la performance en vue d'une amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Ce projet permet également un partage de pratiques entre établissements volontaires (benchmarking) [11]. L'équipe d'experts associée à ce projet a élaboré le cadre conceptuel PATH autour de six dimensions principales expliquées au point 3 et représentées par la figure 8.

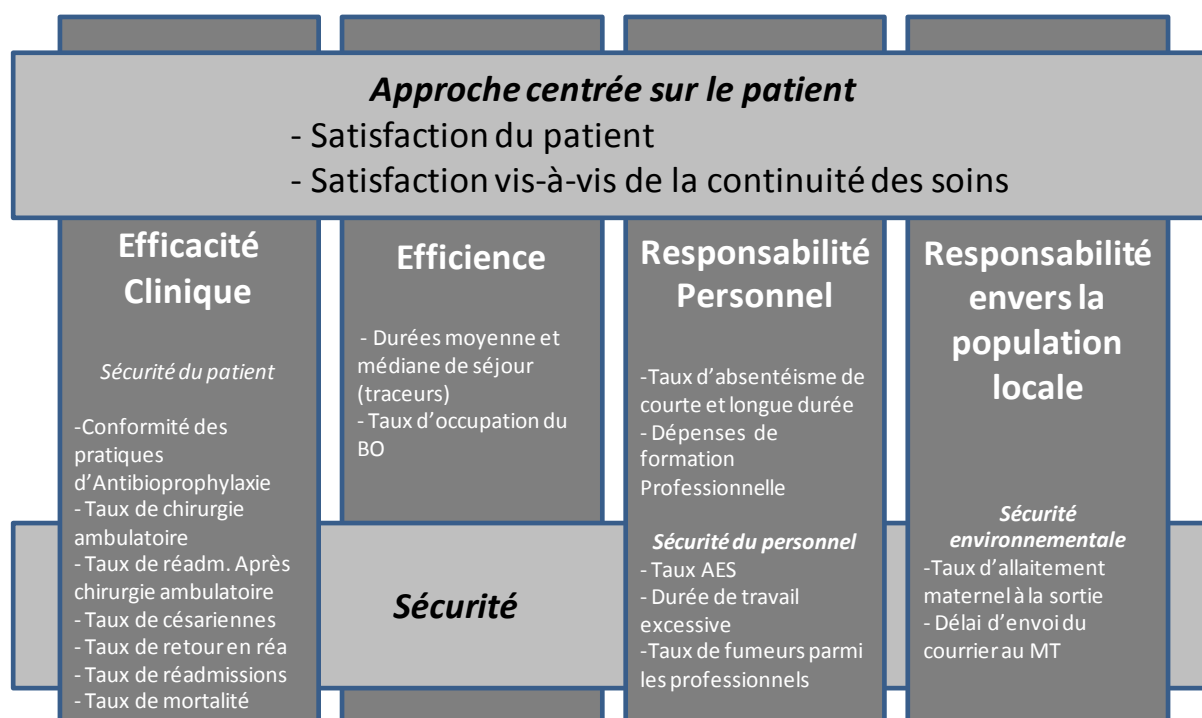


Figure 8 - Les 6 dimensions de la performance hospitalière [11]

5. L'importance de l'information dans le secteur hospitalier

Au cours des 25 dernières années, les innovations informatiques permettant de recueillir, traiter et diffuser de l'information à moindre coût et la volonté de responsabilisation du secteur hospitalier ont amenés à des améliorations sensibles dans le domaine de la mesure de la performance. Celle-ci permettant d'améliorer la qualité des décisions émanant des différents acteurs du système de santé aussi bien celles du praticien, du cadre supérieur ou du patient [19]. C'est pourquoi, la disponibilité de l'information est devenue indispensable dans un établissement de santé afin de bien évidemment garantir des soins efficaces à la population mais également de gérer tout ce qui tourne autour de ces soins tels que la direction, l'administratif ou encore les ressources humaines dans le but de guider ce système de santé vers de meilleurs résultats [Smith et al, 2008]. Les dernières technologies ont dès lors permis de développer de grandes capacités de stockage d'information, de diffusion à plus grandes échelles et mise à jour plus rapide. Ceci a engendré, grâce à l'élaboration de dossiers électroniques relatifs aux patients et à la construction de tableaux d'analyse, une amélioration de la mesure de la performance hospitalière. Ainsi, la loi du 13 août 2004 a fait apparaître, en France, le Dossier Médical Personnel (DPM) qui contient toutes les informations relatives aux différents événements liés à la santé du patient [Marcon et al, 2008, p3]. Cependant, il faut parfois se méfier de l'exactitude de ces données vu le nombre important de celles-ci et la vitesse à laquelle l'information est traitée. Une erreur à certains égards peut avoir de lourdes conséquences. En plus de la collecte et du traitement de ces informations, il est

important que la mise au point de l'évolution des technologies soit accompagnée d'un investissement continu dans l'infrastructure et d'une collaboration à tout niveaux hiérarchiques. Enfin, nous pouvons remarquer que l'information est de plus en plus disponible afin de renseigner les intéressés, patients ou personnels soignants, sur la performance du système. Ainsi, l'amélioration de la qualité pourra être évaluée de deux manières comme le montre la figure 9 ci-dessous [19] :

- par un cycle de sélection : étant mieux informé, le patient peut choisir des prestataires de meilleurs qualité.
- Par un cycle axé sur le changement : grâce à l'information mise à sa disposition, le patient peut identifier les domaines moins performants, favorisant ainsi les efforts d'amélioration.

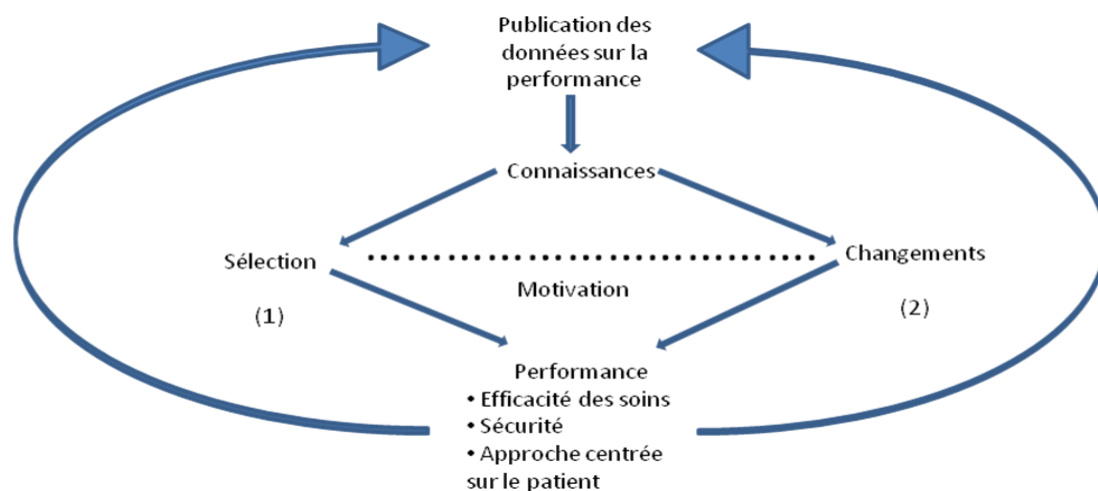


Figure 9: Cycle d'amélioration de la performance par la publication des données [19]

Il est dès lors de plus en plus prouvé que la publication des évaluations de la performance des prestataires améliore l'efficacité de ceux-ci de part l'impact sur leur réputation ainsi que sur celle de l'hôpital. Ces publications de résultats doivent donc être gérées avec soin afin de démontrer la responsabilisation de l'établissement et de ne pas nuire à ses engagements. Il conviendra de faire attention aux types d'informations publiées ainsi qu'à leur utilité et crédibilité [19].

Cependant, en ce qui concerne la Belgique, on peut dire que ses compétences et expériences dans ce domaine se limitent à quelques études et initiatives. En effet, on constate que les données présentées par des organisations internationales comme l'OCDE et l'OMS pour notre pays, sont souvent incomplètes ou manquantes [10].

E. Conclusion

La notion de performance est de plus en plus connue et mesurée dans les entreprises actuelles. Il est, de nos jours, essentiel pour les entreprises de mesurer l'évolution des leurs activités afin de pouvoir réagir au plus vite lorsqu'une tendance négative se fait ressentir. C'est pourquoi, des auteurs tels que Kaplan et Norton ont créés le « Balanced Scorecard ». Cependant, on peut remarquer que cet outil se développe aussi de plus en plus dans le secteur de la santé. Ainsi, on peut maintenant mesurer la performance des milieux hospitaliers qui développent de plus en plus d'outils de gestion. Le chapitre 3 explique les étapes qui nous semblaient nécessaires de suivre en vue de la mise en place d'un tableau de bord au sein du Grand Hôpital de Charleroi.

CHAPITRE 3 : Méthode d'élaboration du tableau de bord au sein du département des opérations du GHdC

Le GHdC est le fruit de la fusion de cinq hôpitaux. Celle-ci étant très récente, l'élaboration d'un tableau de bord à destination du comité de direction nous semblait presque impossible à réaliser en quelques mois. C'est pourquoi, nous avons décidé de nous focaliser sur un département en particulier, le département des opérations (DOP). Ainsi, ce chapitre présente en premier lieu, le DOP et les différents services qui le composent. Ensuite, sur base des propos des responsables de chaque services étudiés que vous retrouverez en annexe n°1, nous allons décrire les activités et processus de chacun d'entre eux afin d'être capables par la suite, de définir les objectifs stratégiques qui leur sont propres ainsi que les différents indicateurs de performance qui y sont associés.

A. Présentation du département des opérations du GHdC

Comme nous l'avons décrit précédemment, la direction du GHdC est composée de six départements dont le département des opérations. Notre intention étant d'établir un tableau de bord pour ce dernier, nous allons nous attarder quelques instants sur sa composition.

Le département des opérations, appelé DOP par le personnel de l'hôpital, est composé de six services déployant leurs activités sur les cinq sites de l'hôpital. Chacun d'eux dispose d'un responsable à sa tête. Ainsi, le DOP est formé de :

- **Un service alimentation/diététique** chargé de la gestion de l'alimentation, de la nutrition, des cafétérias/self-services ainsi que des cuisines.
- **Un service entretien ménager et lingerie** dont le rôle est principalement le nettoyage et l'entretien des bâtiments mais il est également responsable de la lingerie, couture, gestion des déchets, entretiens des parkings et espaces verts, lavages de vitres (par sous-traitance) et gestion des nuisibles (par sous-traitance).
- **Un service secrétariats médicaux, standards et call-center** qui s'occupe des contacts entre les services/médecins et les patients/population. Les secrétariats dactylographient le courrier, encodent les références, préparent le dossier des patients,... pendant que les responsables des standards et call-center répondent aux appels téléphoniques en vue d'un renseignement ou d'une prise de rendez-vous pour une consultation.

- **Un service secrétariats de site** gérant entre autres le courrier, les réservations de salles, les horaires,... ; **les chauffeurs** qui sont principalement responsables des transports intersites de matériel, prélèvements et courrier ; **et les librairies** dont le rôle est de vendre des cadeaux, journaux, friandises à quiconque est intéressé.
- **Un service achats** qui gère les commandes venant des différents services ainsi que les demandes d'investissements.
- **Un service magasins** qui réceptionne les articles rentrant en stock et ceux commandés par le service achat et les distribue aux services destinataires ; **et les deux imprimeries** où tous les documents nécessaires aux cinq hôpitaux sont imprimés.

Nous avons décidé d'analyser trois de ces six services en profondeur : le service chauffeurs, entretien et lingerie ainsi que celui relatif aux standards et call-center. Nous avons commencé par identifier les activités et processus de ceux-ci. Ensuite, nous avons définis les objectifs stratégiques relatifs à chacun des services que nous avons résumés par une carte stratégique. Enfin, nous avons pris soin de développer les indicateurs de performance que nous avons choisis de calculer.

B. Identification et analyse des 3 services du DOP étudiés

1. Le service Chauffeur

1.1. Analyse des activités et des processus

L'objectif de cette première étape est d'identifier le plus précisément possible les activités et processus du service chauffeur. Alain Fernandez décrit l'activité comme « une tâche parfaitement identifiable qui utilise des ressources pour transformer une ou plusieurs entrées en une ou plusieurs sorties. Elle se définit par un verbe d'action et apporte une valeur ajoutée distinctement évaluable » [Fernandez, 2005, p.27]. Cependant, les activités sont rarement indépendantes. Elles sont généralement en relation les unes avec les autres et interagissent afin de construire la chaîne de création de valeur de l'entreprise. L'ensemble des activités est appelé le processus. Celui-ci est défini par l'auteur comme étant « un ensemble d'activités organisées dans le temps, produisant un résultat précis et mesurable ». Il précise également que les entrées et sorties des processus sont clairement identifiables [6].

L'entreprise dispose généralement d'un certain nombre de processus parmi lesquels on peut distinguer [Demestree et al, 2006, pp.181-182] :

- les processus primaires assurant les prestations aux clients de l'organisation. Ils sont composés des processus de production, de logistiques, de conception, de ventes,...
- les processus secondaires dont les clients sont souvent internes à l'entreprise. On y retrouve les processus de gestion des ressources (humaines, informationnelles, équipements,...) ainsi que les processus d'amélioration et de diffusion des méthodes (qualité, organisation,...)

En ce qui concerne le service chauffeurs, nous pouvons dire que la plupart des processus sont secondaires. En effet, le rôle principal du service chauffeur est le transport de matériel (documents médicaux, marchandises, matériel médical, prélèvements,...) vers les différents sites hospitaliers ainsi que vers certains centres extérieurs. Les « clients » desservis par le service sont donc bien internes à l'organisation.

Créer depuis le mois de septembre afin d'assurer les nombreuses livraisons, le service est divisé en quatre circuits principaux en fonction du type de matériel à transporter. On trouve ainsi :

- le circuit s'occupant de la distribution **du courrier** : le chauffeur effectue trois trajets par jours

- le circuit qui gère le transport **des prélèvements** qui doivent être effectués par le laboratoire : un transport par heure est nécessaire
- le circuit qui transporte **les chariots pharmacie** : le conducteur réalise 3 transports par jour
- le circuit dont le rôle est d'acheminer différents **matériels vers les centres extérieurs** au GHdC : un horaire très précis est soumis au chauffeur

Les circuits décrits ci-dessus sont les transports fixes que le service doit assurer chaque jour ouvrable de 8h à 17h. Ainsi, quatre chauffeurs sont en permanence sur les routes. Cependant, la cellule interne de transports se doit aussi de répondre à des demandes de transports que nous allons appelés « variables ». En effet, entre les différents circuits, la cellule reçoit des appels relatifs à des transports jugés « urgents » émanant de différents services qu'elle doit intégrer dans son programme. Deux chauffeurs « stand-by » sont dès lors constamment sollicités afin de satisfaire les demandes variables. Néanmoins, lorsque la cellule reçoit un appel et qu'aucun chauffeur n'est disponible sur le moment, elle est souvent obligée de faire appel à des sociétés privées de transports pour effectuer la course. De plus, il est évident que les services d'un hôpital doivent être accessibles jours et nuits. Les transports doivent donc être garantis 24h sur 24, aussi bien les weekends que les soirs (entre 17h et 8h) et les jours fériés. C'est pourquoi le service chauffeur sollicite également les firmes privées de transports pour pallier aux demandes qui surviennent en dehors du temps de travail de la cellule interne.

En plus de toute la gestion de ces déplacements et en raison des travaux de rénovation du centre commercial Ville 2, situés à côté de l'hôpital Notre-Dame, le service a mis en place, depuis le mois de Février, un système de navette permettant le transport des personnes entre les différents sites hospitaliers. Un horaire très précis a été élaboré afin de permettre à chacun, d'emprunter cette navette.

1.2. Définition des objectifs stratégiques

Une des principales étapes de l'élaboration d'un tableau de bord est la définition des objectifs stratégiques. En effet, comment peut-on analyser les finalités d'un indicateur de performance sans avoir développé les objectifs auxquels ils se rapportent, déterminé la cible à atteindre ou encore les éventuelles valeurs à ne pas dépasser.

Alain Fernandez précise dans son livre qu'un objectif compte six caractéristiques essentielles [Fernandez, 2005, pp.42-43] :

- Il est borné : l'objectif doit être défini dans une dimension de temps (date d'achèvement)
- Il est mesurable : l'objectif doit s'exprimer en fonction d'une unité de mesure (durée, quantité,...)
- Il est accessible : l'objectif est dépendant des moyens disponibles et les contraintes surmontables afin de garantir la possibilité de mesure
- Il est réaliste : les actions à réaliser doivent être à la portée de l'entreprise
- Il est fédérateur : la majorité des membres du groupe de travail doit adhérer à la poursuite de l'objectif
- Il est constructif : il servira les intérêts définis préalablement

Le principal objectif du service chauffeurs est l'optimisation des transports intersites.

Selon le dictionnaire Larousse, « l'optimisation est une démarche consistant à rendre optimal le fonctionnement d'un système ». Le fait d'optimiser est « de rechercher en permanence une optimisation entre le niveau de coûts et le niveau de service rendu. Cette mission devient de plus en plus complexe et met en œuvre un système d'informations de plus en plus dense ». La mission du service concerné consiste à livrer le courrier ainsi qu'un matériel médical de qualité en temps et en heure aux services demandeurs.

Afin de réaliser notre tableau de bord, nous allons décliner la mission de ce service en objectifs plus précis. Tout d'abord, la cellule interne se doit de répondre à tout moment à la demande de transports des différents services. Pour ce faire, une bonne communication entre les différents acteurs du monde hospitalier ainsi qu'une organisation efficace des quatre circuits habituels est nécessaire. Cependant, il est aujourd'hui plus qu'essentiel de gérer au mieux les transports jugés « urgents » qui interviennent pendant les heures ouvrables mais plus principalement les soirs, weekends et jours fériés. Le but étant de **minimiser les appels aux firmes extérieures** qui engendrent des coûts supplémentaires considérables.

De plus, l'hôpital montre qu'il peut rapidement **s'adapter aux changements** temporaires de son environnement. Ainsi, tout au long des travaux du centre commercial Ville 2, quiconque pourra emprunter une navette intersites gérée par la cellule interne de transport.

Ensuite, l'accent est mis **sur la satisfaction des services demandeurs du point de vue du délai de livraison, de la qualité et de la quantité de matériel livrés** par les chauffeurs. Livrer du matériel défectueux peut faire perdre du temps et ainsi chambouler toute l'organisation de départ. Au contraire, une livraison bien effectuée permettra aux services d'assurer une qualité de soins optimale aux patients.

Le côté financier de la cellule interne de transports n'est pas à mettre entre parenthèses. En effet, **la maîtrise des coûts de fonctionnement** tels que les transports ainsi que la main d'œuvre s'avère indispensable dans un service tel que celui analysé.

De plus, il est important de constamment **motiver son personnel** pour qu'il se sente bien et soit dès lors de plus en plus performant dans son travail quotidien. Nous savons tous qu'un personnel motivé effectuera un travail de qualité.

Les principaux objectifs définis, nous pouvons les résumer en les répartissant selon les quatre catégories définies par Kaplan et Norton :

- Processus internes :
 - Atteindre une gestion optimale des appels relatifs aux transports intersites
 - Présenter une gestion efficace des transports
- Clients :
 - Atteindre un niveau optimal de qualité des livraisons
- Financier :
 - Optimiser les coûts des transports
 - Maîtriser les dépenses en main d'œuvre
- Apprentissage organisationnel :
 - Assurer un bon niveau de productivité du personnel
 - Garantir la motivation du personnel

L'étape suivante consiste à former notre carte stratégique. La figure 10 représente la carte stratégique relative au service chauffeur. Elle est divisée selon les quatre axes de Kaplan et Norton (2008). Son rôle est de représenter les connexions logiques qui existent entre les différents objectifs définis ci-dessus. Il est évident que des liens peuvent exister entre deux objectifs composant le même axe.

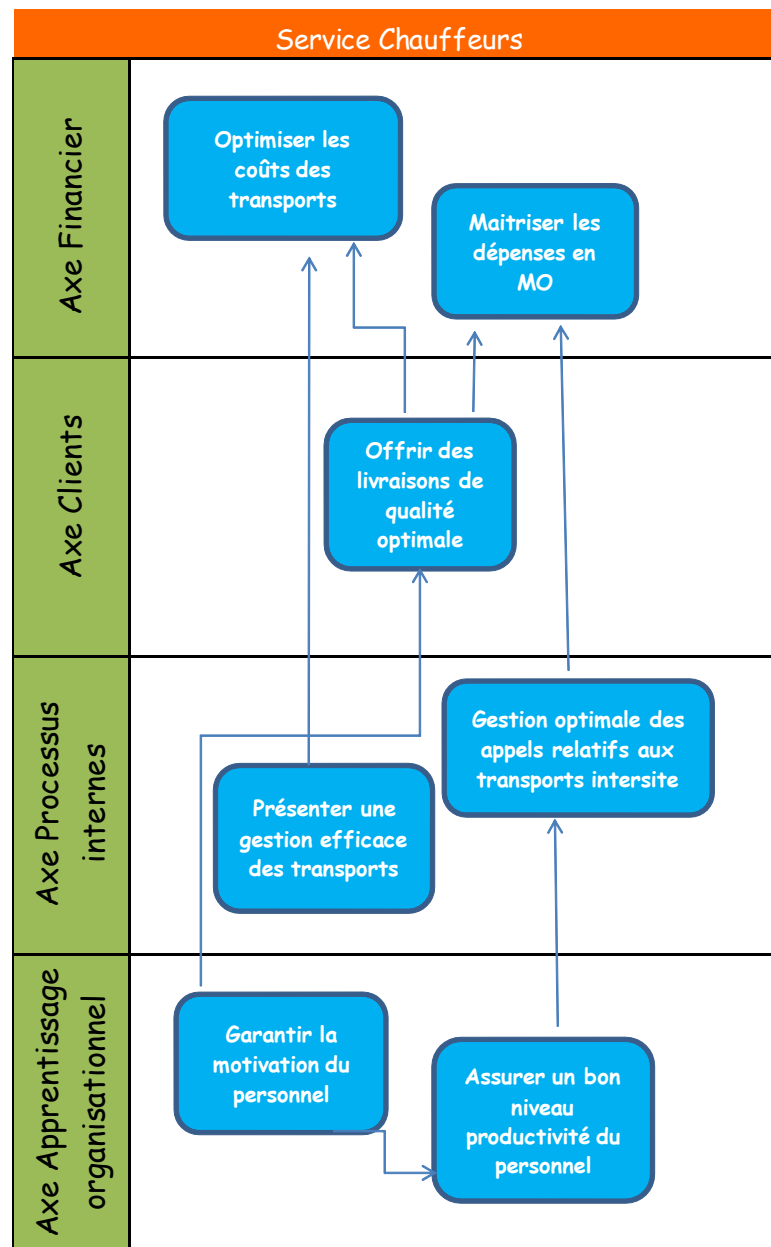


Figure 10 : Carte stratégique du service chauffeurs

1.3. Choix des indicateurs selon les objectifs stratégiques définis

En rapport avec les objectifs stratégiques définis précédemment, nous avons choisi des indicateurs de performance. Nous avons bien évidemment tenu compte de l'avis du responsable du service chauffeurs. C'est après quelques modifications que nous avons décidé de développer les indicateurs qui sont détaillés ci-dessous. Nous les avons une fois de plus classés selon les quatre axes de Kaplan et Norton (2008).

Du point de vue des **processus internes**, nous avons choisi de mesurer notre premier objectif, à savoir l'atteinte d'une gestion optimale des appels concernant les transports intersites, par les cinq

indicateurs de performance suivants : le taux d'activité de la cellule en fonction des effectifs disponibles, le nombre d'appels reçus par heure et par site, le pourcentage d'appels reçus en dehors du temps de travail de la cellule interne, le pourcentage d'appels pour lesquels le transport à été pris en charge par une firme de transport extérieure à la cellule ainsi que le nombre d'appels urgents reçus par heure et par site. Nous avons considéré les appels urgents comme étant ceux provenant des services : banque de sang, bloc opératoire, endoscopie, laboratoire, urgences, pharmacie et stérilisation. Nous avons aussi décidé de relever tous les mois le kilométrage des véhicules utilisés pour les livraisons afin de mesurer l'évolution de l'activité de la cellule. Ensuite, nous pensons que la mesure de la fréquentation de la navette intersites peut être un bon indicateur relatif à l'objectif de présenter une organisation efficace de la navette.

L'axe suivant, **clients**, reprend l'objectif d'offrir des livraisons de qualité optimale. Ce sont le délai de livraison, c'est-à-dire le délai entre l'appel du service et la réception du matériel et le nombre de plaintes et commentaires négatifs qui seront les indicateurs nous permettant d'évaluer le respect de cet objectif.

En ce qui concerne **l'axe financier**, l'objectif d'optimisation des coûts de transport sera évalué par deux indicateurs qui mesureront les coûts des transports effectués par les firmes extérieures (Carolos Taxis, Taxis Tony, Performance Service, Sympa Tax, Taxis Europe, Rapid-Tax,...) et ceux engendrés par la cellule interne de transport en fonction d'une estimation des kilomètres parcourus par jour par les chauffeurs. Le second objectif, la maîtrise des coûts de main d'œuvre, sera évalué par le calcul mensuel des dépenses relatives à la main d'œuvre c'est-à-dire les six chauffeurs de la cellule.

Notre dernier axe, **l'apprentissage organisationnel** est composé de deux objectifs. Le premier s'attache à assurer un bon niveau de productivité du personnel. Il sera mesuré par le nombre de chauffeurs disponibles par jour ainsi que par le nombre moyen de transports effectués par jour et par chauffeur. Le second objectif dont le but est de garantir la motivation du personnel, sera quant à lui évalué par le célèbre taux d'absentéisme.

Pour résumer, nous avons réalisé le tableau 3 qui récapitule les objectifs du service chauffeurs, classés selon les 4 axes de Kaplan et Norton (2008), ainsi que les différents indicateurs de performance qui y sont relatifs.

Axe	Objectifs	Indicateurs
Processus Internes	- Atteindre une gestion optimale des appels relatifs aux transports intersites - Présenter une gestion efficace des transports	1. Nombre moyen d'appel/h/site 2. Nombre moyen d'appels urgents/h/site 3. % d'appels aux firmes extérieures 4. Taux d'activité de la cellule en fonction des effectifs présents 5. % d'appels en dehors des temps de travail de la cellule interne de transport 1. Fréquentation de la navette intersites 2. Nombre de kms relevés au compteur des véhicules/mois
Clients	- Atteindre niveau optimal de qualité des livraisons	1. Nombre de plaintes et commentaires négatifs 2. Délai de livraison
Financier	- Optimiser les coûts de transport - Maîtriser les dépenses en Main d'œuvre (MO)	1. Evolution des coûts de transport relatifs aux firmes extérieures 2. Evolution des coûts de transport relatifs à la cellule interne de transport 1. Dépenses en MO/mois
Apprentissage organisationnel	- Garantir la motivation du personnel - Assurer un bon niveau de productivité du personnel	1. Taux d'absentéisme 1. Nombre de transports/chauffeur/jour 2. Nombre de chauffeurs disponibles /jour

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service chauffeurs

Afin de pouvoir consulter à tout moment les caractéristiques relatives à un indicateur, telles que la manière dont ils sont calculés, la fréquence à laquelle ils sont recensés, la personne responsable de l'indicateur, les sources de calcul, etc., nous avons construit une fiche indicateur pour chacun d'entre eux. Un exemple de celle-ci est présenté par la figure 11. La partie supérieure de la fiche permet de nommer l'indicateur, d'en préciser le but auquel il répond ainsi que la manière de le calculer. La partie inférieure présente les personnes de contact ainsi que les différentes caractéristiques relatives à l'existence de l'indicateur.

Fiche Indicateurs	
DOP : service chauffeurs	
Nom usuel : % d'appels aux firmes extérieures et taxis	
But : ce que l'on veut mesurer (« Quoi ? »)	
Evaluer la gestion des appels pour les transports intersites. Cet indicateur permet de mesurer le pourcentage d'appels pris en charge par les firmes extérieures pour cause de non disponibilité des chauffeurs de la cellule interne pendant les heures de travail de la cellule.	
Définition, méthode de mesure et de calcul, données sources (« Comment ? »)	
$(\text{Nbre d'appels aux firmes extérieures} / \text{Nbre total d'appels}) \times 100$	
Firmes extérieures : performance services, carolo taxi, sympa tax, taxi tony, taxi europe	
Population visée : les services appelants	
Unité de mesure : pourcentage	
Sources : les tableaux excel "chauffeurs 2010" et "chauffeurs 2011"	
Objectif : valeur de l'objectif, benchmarks (« Combien ? »)	
Diminution progressive afin de favoriser l'activité de la cellule interne de transports	
Réfèrent : personne de contact (« Qui ? »)	
Michèle Pirlot : directrice du DOP Laurent Paquet : responsable service chauffeurs	
Périodes pertinentes & intervenants (« Quand ? »)	
Fréquence de mesure : mensuelle	
Destinataires & niveaux de confidentialité (« A qui ? »)	
Michèle Pirlot : directrice du DOP Laurent Paquet : responsable service chauffeurs	
Existence de l'indicateur : cf. validité, fiabilité, automatisation, alternatives	
Biais possibles : manque de données dans le tableau excel Méthode de récolte des données : remplissage manuel du fichier excel	
Date de la dernière mise à jour : le 29 Avril 2011	

Figure 11 : Exemple d'une fiche indicateur du service chauffeurs

2. Le service entretien ménager et lingerie

2.1. Analyse des activités et des processus

Comme pour le service chauffeurs, nous allons décrire les différentes activités et processus qui font fonctionner le service d'entretien ménager et lingerie. Pour ce faire, faisons ensemble un rapide tour de toutes les tâches relatives à l'entretien et la lingerie de l'hôpital.

Le premier volet de ce service est la responsabilité du nettoyage et de l'entretien des bâtiments composant les cinq sites hospitaliers, aussi bien pour l'intérieur que l'extérieur des hôpitaux. Ainsi, les techniciennes sont chargées de nettoyer les chambres après chaque sortie de patient ainsi que les locaux occupés par les médecins, infirmières et personnel administratif. Les hommes d'entretien, quant à eux, sont responsables de l'entretien aussi bien intérieur et extérieur des bâtiments. Ce qui comprend la gestion des déchets qu'ils trient par catégories et évacuent par appel à une société externe ; l'entretien des parkings ; le déneigement de ceux-ci en hiver ; la gestion des nuisibles et le lavage des vitres pour laquelle ils doivent s'organiser avec une société de sous-traitance. Le second volet est la gouvernance de la lingerie et buanderie. Les employés rassemblent le linge plat, les vêtements de travail, les uniformes,...afin que ceux-ci soient régulièrement embarqués par une société externe qui s'occupera des lessives. De plus, c'est à ce service que le personnel peut s'adresser pour la réparation d'un vêtement qui nécessite un point de couture.

Ce service est le plus gros du département des opérations. En effet, il regroupe plus ou moins 420 personnes réparties sur les cinq sites composant le GHdC. Il est donc primordial pour le responsable du service d'avoir une bonne organisation aussi bien au niveau de son personnel que du point de vue de son matériel de nettoyage nécessaire.

2.2. Définition des objectifs stratégiques

Nous passons à la deuxième étape de l'élaboration d'un tableau de bord c'est-à-dire la définition des objectifs relatifs à la stratégie du département.

Pour le service entretien ménager et lingerie, il est primordial d'offrir aux patients ainsi qu'aux membres du personnel, un lieu de séjour et de travail agréable et entretenu tout en maîtrisant ses dépenses en matériel de nettoyage et ses appels aux firmes extérieures. L'un de ses premiers objectif est **d'entretenir et de nettoyer au mieux l'intérieur et l'extérieur des bâtiments hospitaliers** afin que chacun s'y sente bien mais surtout dans le but d'éviter la diffusion d'infections ou microbes nuisibles à la santé des patients.

Ensuite, il nous semble indispensable de **suivre l'évolution de l'activité de l'hôpital** afin de pouvoir évaluer l'importance du matériel de soins nécessaire entrant et sortant des bâtiments en fonction du nombre de patients pris en charge.

Un autre objectif à atteindre est **la satisfaction des patients et du personnel**. Une chambre ou un local bien entretenu permettra au patient, d'avoir une convalescence adéquate et au personnel, de réaliser un travail plus efficace et par conséquent d'assurer une qualité de soins optimale aux patients.

Pour suivre dans la définition de nos objectifs, il ne faut pas oublier ceux liés au côté financier du service. Il est primordial d'avoir **une bonne gestion du matériel de nettoyage**. Il est dommage d'acheter de grandes quantités de produit pour le stocker pendant des années et ne jamais s'en servir. De même qu'il n'est pas indispensable de chaque jour, laver les uniformes et vêtements de travail du personnel. De plus, il ne faut en aucun cas oublier de **maitriser au mieux les dépenses en main d'œuvre** qui ne sont pas négligeables dans ce service.

Enfin, il est important de constamment **motiver son personnel** pour qu'il se sente bien et soit dès lors de plus en plus performant dans son travail quotidien. Nettoyer et entretenir n'est pas le plus motivant des travaux, mais lorsque celui-ci est effectué dans une bonne atmosphère, il ne peut être que positif et de qualité.

Nous pouvons maintenant répartir les objectifs stratégiques du service en fonction des quatre célèbres axes de Kaplan et Norton et réaliser la carte stratégique relative à ce service représentée par la figure 12 :

- Processus internes :
 - Entretien et nettoyer au mieux les bâtiments hospitaliers
 - Mesurer l'évolution de l'activité consommée
- Clients :
 - Obtenir la satisfaction des patients et du personnel
- Financier :
 - Maitriser les dépenses en main d'œuvre
 - Maitriser les dépenses en matériel de nettoyage
- Apprentissage organisationnel :
 - Garantir la motivation du personnel

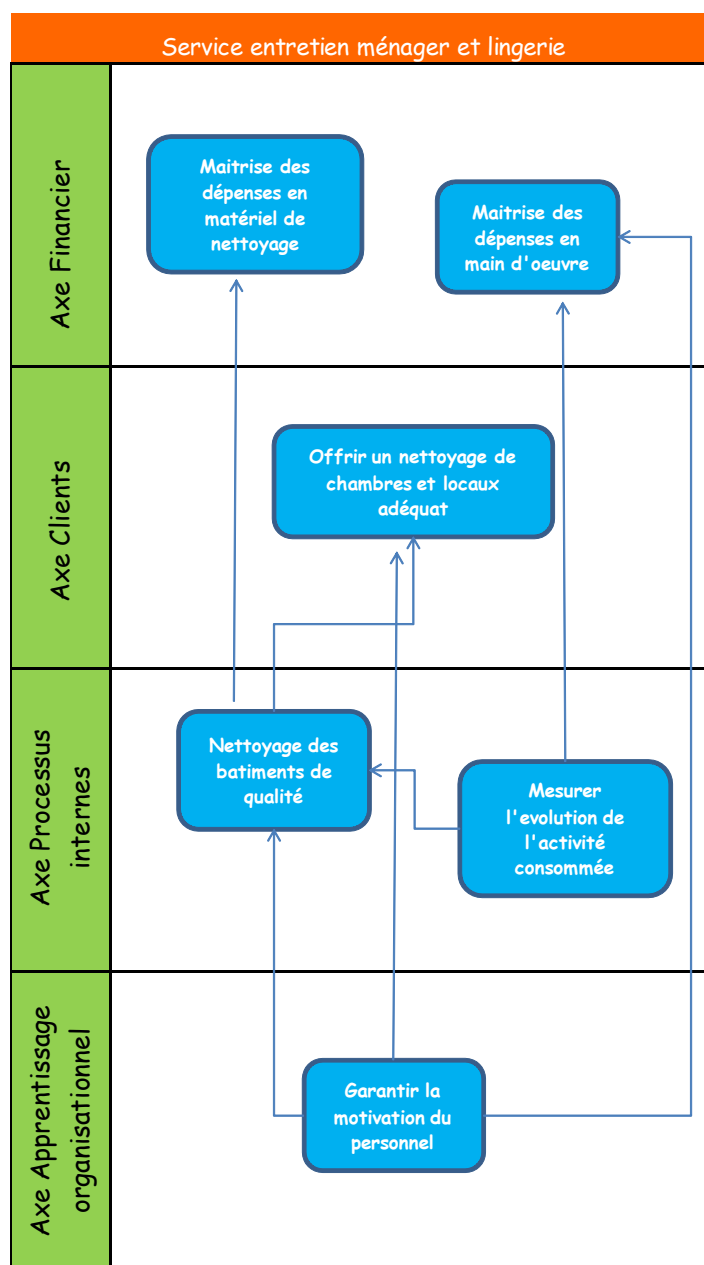


Figure 12 : Carte stratégique du service entretien ménager et lingerie

2.3. Choix des indicateurs selon les objectifs stratégiques définis

La définition des indicateurs de performance que nous avons inclus dans notre tableau de bord est l'étape suivant celle de la définition des objectifs stratégiques.

Commençons par présenter les indicateurs regroupés dans **l'axe des processus internes** de Kaplan et Norton. Pour répondre à l'objectif d'entretenir une bonne qualité de nettoyage des bâtiments, nous avons décidés de calculer un indicateur relatif aux nombres de m² nettoyés par un ETP. Ensuite, ce sont les indicateurs suivant qui nous permettront de se faire une idée du degré d'évolution de l'activité consommée : le nombre de kilos de déchets, en fonction de leur catégorie

(B1 ou B2), qui sont enlevés par mois ainsi que le nombre de kilos de linge plat et vêtements de travail qui sont nettoyés par mois.

En ce qui concerne **l'axe consacré aux clients**, le principal objectif étant d'offrir un nettoyage adéquat des chambres et locaux, nous avons décidé de répertorier le nombre de plaintes et commentaires négatifs récoltés par le service des plaintes.

Du point de vue de **l'axe financier**, l'accent est mis sur la maîtrise des dépenses en main d'œuvre que l'on a prévu d'évaluer par le calcul mensuel des dépenses relatives à la main d'œuvre c'est-à-dire les 420 personnes employées dans ce service. L'objectif suivant est de maîtriser les dépenses en matériel de nettoyage. Pour ce faire, nous avons l'intention de répertorier le coût du produit d'entretien en fonction de la surface à nettoyer (en m²) ainsi que les coûts du linge lavé (linge plat et vêtements de travail) qui sont supportés par l'hôpital.

Enfin, notre dernier axe, **l'apprentissage organisationnel** sera traité par le seul objectif de garantir la motivation du personnel. Nous le mesurerons par un indicateur que nous avons déjà utilisé pour le service chauffeurs, le taux d'absentéisme.

Comme nous l'avons fait précédemment pour le service chauffeurs, nous avons résumé les objectifs et les indicateurs de performance du service entretien et lingerie dans le tableau 4.

Axe	Objectifs	Indicateurs
Processus Internes	- Atteindre une gestion optimale des appels relatifs aux transports intersites - Présenter une gestion efficace des transports	1. Nombre moyen d'appel/h/site 2. Nombre moyen d'appels urgents/h/site 3. % d'appels aux firmes extérieures 4. Taux d'activité de la cellule en fonction des effectifs présents 5. % d'appels en dehors des temps de travail de la cellule interne de transport 1. Fréquentation de la navette intersites 2. Nombre de kms relevés au compteur des véhicules/mois
Clients	- Atteindre niveau optimal de qualité des livraisons	1. Nombre de plaintes et commentaires négatifs 2. Délai de livraison
Financier	- Optimiser les coûts de transport - Maîtriser les dépenses en Main d'œuvre (MO)	1. Evolution des coûts de transport relatifs aux firmes extérieures 2. Evolution des coûts de transport relatifs à la cellule interne de transport 1. Dépenses en MO/mois
Apprentissage organisationnel	- Garantir la motivation du personnel - Assurer un bon niveau de productivité du personnel	1. Taux d'absentéisme 1. Nombre de transports/chauffeur/jour 2. Nombre de chauffeurs disponibles /jour

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service entretien et lingerie

Tous ces indicateurs sont bien évidemment accompagnés d'une « fiche indicateurs » qui permet d'en connaître les caractéristiques essentielles. Un exemple parmi toutes les fiches du service est représenté par la figure 13.

Fiche Indicateurs	
DOP : services entretien ménager et lingerie	
Nom usuel : <u>Quantité de déchets B1 enlevés par mois</u>	
But : ce que l'on veut mesurer (« Quoi ? »)	
Estimer l'évolution de l'activité consommée Cet indicateur permet de mesurer, par site, la quantité de déchets B1 (en kgs) évacuée tous les mois par une firme extérieure	
Définition, méthode de mesure et de calcul, données sources (« Comment ? »)	
Quantité de déchets B1 enlevées / mois / site Déchets de catégories B1 correspondent aux déchets classiques (plastique, canettes, ...) <u>Population visée</u> : le service entretien <u>Unité de mesure</u> : kg <u>Sources</u> : factures de la société Shank envoyées tous les mois	
Objectif : valeur de l'objectif, benchmarks (« Combien ? »)	
objectif : diminution vu la mise en place d'un système de tri papiers et cartons	
Référent : personne de contact (« Qui ? »)	
Michèle Pirlot : directrice du DOP Sébastien Fraipont : responsable service entretien ménager et lingerie	
Périodes pertinentes & intervenants (« Quand ? »)	
<u>Fréquence de mesure</u> : mensuelle	
Destinataires & niveaux de confidentialité (« A qui ? »)	
Michèle Pirlot : directrice du DOP Sébastien Fraipont : responsable service entretien ménager et lingerie	
Existence de l'indicateur : cf. validité, fiabilité, automatisation, alternatives	
Biais possibles : facture erronée Méthodes de récolte des données : relevé de factures	
Date de la dernière mise à jour : le 29 Avril 2011	

Figure 13 : Exemple d'une fiche indicateur du service entretien et lingerie

3. Le service « call center »

3.1. Analyse des activités et processus

Les données du service « call center » ne sont pour l'instant pas disponibles pour les cinq hôpitaux composant le GHdC. C'est pourquoi, nous nous sommes concentrés uniquement sur les indicateurs relatifs au call-center des trois sites suivants : Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et l'IMTR. Les indicateurs que nous allons calculés pour ce service ne sont donc pas représentatifs du GHdC en général.

Les activités du service des call-center sont très simples et se résument en quelques mots. Ce service joue un rôle de support à l'activité médicale. Les employés doivent répondre au téléphone, fixer les rendez-vous destinés aux consultations ainsi que reporter les rendez-vous à la demande des patients ou bien souvent du corps médical. Répondre au téléphone en vue d'un renseignement ne fait pas partie de leur fonction, ce sont les standardistes qui en sont responsables. Ce sont ainsi onze personnes, réparties sur les trois sites hospitaliers cités ci-dessus, qui sont chaque jour à l'écoute des patients et médecins.

3.2. Définition des objectifs stratégiques

Maintenant que nous connaissons les activités du service, nous pouvons nous pencher sur la définition des objectifs stratégiques qui y sont relatifs. La finalité du service est de répondre aux patients et médecins dans des délais raisonnables afin d'avoir un taux d'abandon le plus petit possible. C'est pourquoi, **le niveau de réponse des appels doit être de qualité** et non négligé par les opérateurs. L'objectif suivant concerne **la satisfaction des clients**. En effet, si un patient doit patienter trop longtemps lorsqu'il appelle pour une prise de rendez-vous ou qu'il doit attendre quelques mois avant de pouvoir consulter un médecin, il peut se créer une mauvaise image de l'hôpital et risque de se tourner vers un autre établissement de santé où il sera peut-être pris en charge plus rapidement. Il est donc important de veiller à contenter le plus rapidement possible les patients potentiels. Le troisième objectif visé se rapporte à l'aspect financier. Tout comme les deux autres services traités précédemment, il est primordial de se soucier d'avoir **un niveau de dépenses en main d'œuvre raisonnable**, ceci étant le poste de coûts le plus conséquent. Enfin, les opérateurs de ce service sont en permanence en contact direct avec les « clients » de l'hôpital. Ceux-ci doivent donc montrer **un niveau de motivation maximum** afin de répondre à le plus d'appels possibles et de satisfaire les besoins de chacun.

Résumons ces quelques objectifs en les classant selon les quatre axes de Kaplan et Norton et en les représentants par la carte stratégique de la figure 14:

- Processus internes :
 - Offrir un niveau de réponse aux appels de qualité
- Clients :
 - Obtenir un niveau de satisfaction des clients optimal
 - Présenter un niveau de traitement des appels raisonnable
- Financier :
 - Maitriser les dépenses en main d'œuvre
- Apprentissage organisationnel :
 - Garantir la motivation du personnel

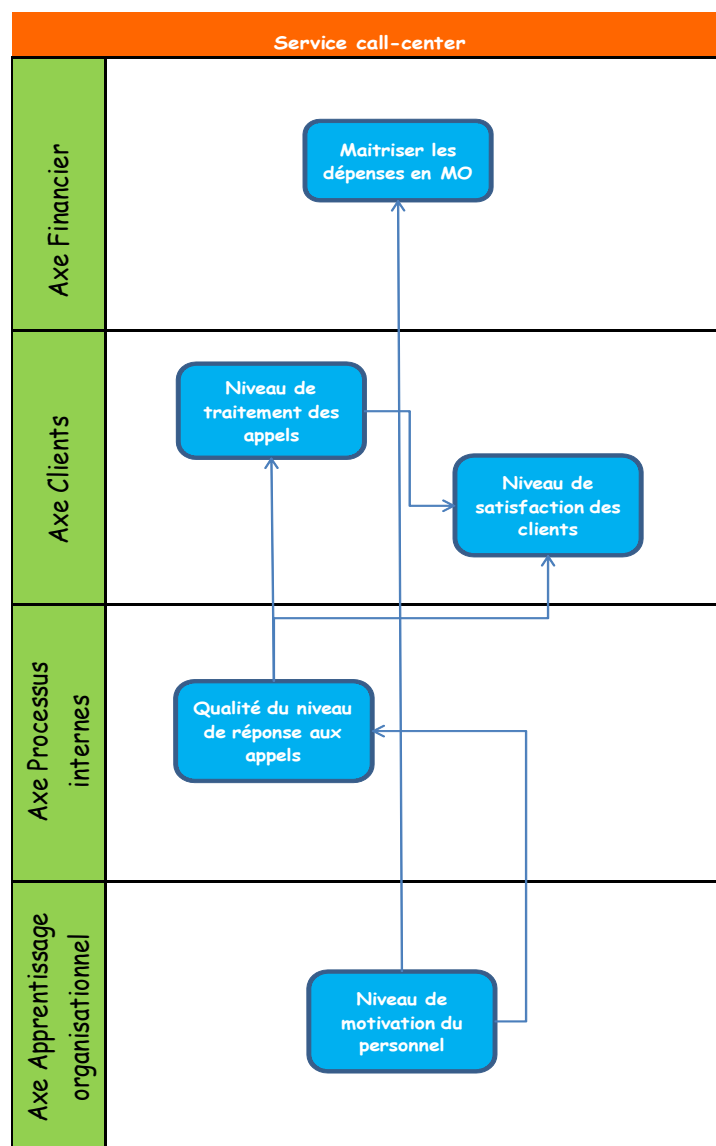


Figure 14 : Carte stratégique du service call-center

3.3. Choix des indicateurs selon les objectifs stratégiques définis

Passons maintenant à l'étape du choix des indicateurs qui nous permettront d'évaluer la performance du service call-center. En ce qui concerne **l'axe des processus internes**, nous avons construit trois indicateurs pour répondre à l'objectif d'offrir un niveau de réponse aux appels de qualité. Le premier est le taux d'abandon des appels qui correspond aux nombres d'appels non-décrochés par l'opérateur entraînant l'abandon de l'appelant. Le second, le délai d'attente des appelants représente le délai entre la composition du numéro et le contact vocal avec l'opératrice. Le dernier indicateur est le nombre d'appels traités par opératrice sur une journée de travail. Ensuite, **l'axe client** met en valeur deux objectifs, obtenir un bon niveau de satisfaction des clients ainsi que présenter un niveau de traitement des appels de qualité. Pour répondre au premier, nous allons mesurer le nombre de plaintes et commentaires négatifs liés à ce service. Pour le deuxième, nous construirons un indicateur mesurant le délai d'obtention d'un rendez-vous. L'objectif de **l'axe financier** à savoir, la maîtrise des dépenses en main d'œuvre, nous calculerons les coûts du personnel par mois afin de voir si celui-ci n'augmente pas trop au fil des mois. Pour finir, sur **l'axe de l'apprentissage organisationnel**, nous retrouvons l'objectif de garantir un certain niveau de motivation du personnel que nous évaluerons par une estimation de la présence effective des opérateurs par jour. Celui-ci ayant un impact considérable sur le délai d'attente des appelants lorsqu'il s'avère trop faible.

Pour plus de compréhension, nous avons synthétisé ces objectifs et indicateurs du service call-center dans le tableau 5 ci-dessous et inclus ci-joint un exemple d'une « fiche indicateurs » relative au service (figure 15).

Fiche Indicateurs

DOP : services call-centers, standards et secrétariats médicaux

Nom usuel : taux d'abandon des appels

But : ce que l'on veut mesurer (« Quoi ? »)

Estimer la qualité et la réactivité des réponses aux appels.

Cet indicateur permet de mesurer le nombre de fois pour lesquelles l'appelant a abandonné son appel jugeant le temps d'attente trop long

Définition, méthode de mesure et de calcul, données sources (« Comment ? »)

$$(\text{Nbre d'appels abandonnés} / \text{le nombre total d'appels reçus}) \times 100$$

Plus le taux d'abandon est élevé et plus il est considéré comme inacceptable par le client

Population visée : les appelants

Unité de mesure : pourcentage

Sources : fichiers "nombre d'appels" relatifs au call center (Annick Van Debrande)

Objectif : valeur de l'objectif, benchmarks (« Combien ? »)

Objectif visé : 12%

Référent : personne de contact (« Qui ? »)

Michèle Pirlot : directrice du DOP

Annick VandeBrande : responsable des services call-center, standards et secrétariats

Périodes pertinentes & intervenants (« Quand ? »)

Fréquence de mesure : mensuelle

Destinataires & niveaux de confidentialité (« A qui ? »)

Michèle Pirlot : directrice du DOP

Annick VandeBrande : responsable des services call-center, standards et secrétariats

Existence de l'indicateur : cf. validité, fiabilité, automatisation, alternatives

Biais possibles : fichier erroné

Méthodes de collecte des données : automatique

Date de la dernière mise à jour : le 29 Avril 2011

Figure 15 : Exemple de fiche indicateur du service call-center

Axes	Objectifs	Indicateurs
Processus Internes	- Offrir un niveau de réponse aux appels de qualité	1. Taux d'abandon des appels 2. Délai d'attente des appelants 3. Nombre d'appels traités /opératrice présente/mois
Clients	-Obtenir un niveau de satisfaction des clients optimal -Présenter un niveau de traitement des appels raisonnable	1. Nombre de plaintes et commentaires négatifs 1. Délai d'obtention d'un rendez-vous
Financier	-Maitriser les dépenses en MO	1. Dépenses en MO/mois
Apprentissage organisationnel	-Garantir la motivation de personnel	1. Présence effective des opérateurs/jour

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs du service call-center

C. Elaboration des tableaux de bords des services étudiés

Les objectifs stratégiques et les indicateurs de performance étant définis, nous devons maintenant calculer ces derniers afin de pouvoir suivre leur évolution et les représenter quand cela s'avère nécessaire. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser le support informatique Excel, conseillé par Alain Fernandez (2006) lorsque l'on désire se lancer dans la construction d'un tableau de bord de pilotage et lorsqu'il s'agit de projets légers. Cet outil permet aussi de créer des graphiques de tout genre en fonction des indicateurs que l'on désire interpréter. Alain Fernandez précise que toutes les données ne sont pas interprétées de la même façon par tout le monde. Pour qu'une donnée devienne une information utilisable, il faut qu'elle soit porteuse de sens. « Ce sens peut être générique, commun à toute une communauté, mais il est plus souvent personnel lorsque seul un groupe d'initié est en mesure de l'interpréter » [Fernandez, 2005, p.55]. Le programme Excel est aussi très pratique pour maintenir un tableau à jour car, grâce à des liens hypertextes entre les différentes feuilles, chaque modification d'une donnée d'entrée génère automatiquement une mise à jour de tous les résultats liés [Fernandez, 2006]. De plus, il est possible de personnaliser les feuilles de calcul afin de les adapter au mieux à l'organisation qui l'utilise de part des logos ou images propres à celle-ci.

Ainsi, il nous a paru plus efficace de réaliser trois documents Excel, chacun d'entre eux correspondant à un service étudié. Ceux-ci sont composés de plusieurs feuilles interconnectées comprenant les fiches indicateurs, les données brutes, le Balanced Scorecard et les graphiques qui y sont associés. Ces interconnexions permettent d'avoir une utilisation interactive du tableau de bord mais aussi de faciliter la compréhension de certaines données aux utilisateurs.

La figure 16 offre un aperçu du design du tableau de bord du service chauffeur dans lequel on peut voir les chiffres obtenus pour chaque indicateur ces trois derniers mois, l'objectif visé ainsi qu'un voyant de couleur indiquant le degré d'attention qu'il faut accorder à la situation. Lorsque l'on fait défiler la page, on retrouve, pour chaque indicateur, les résultats des mois (ou années) précédents ainsi qu'un graphique qui illustre l'évolution de ceux-ci. De plus, comme le montre la figure 17, nous avons ajouté plusieurs boutons de commande qui, en un seul clic, emmènent l'utilisateur aux données brutes correspondantes.

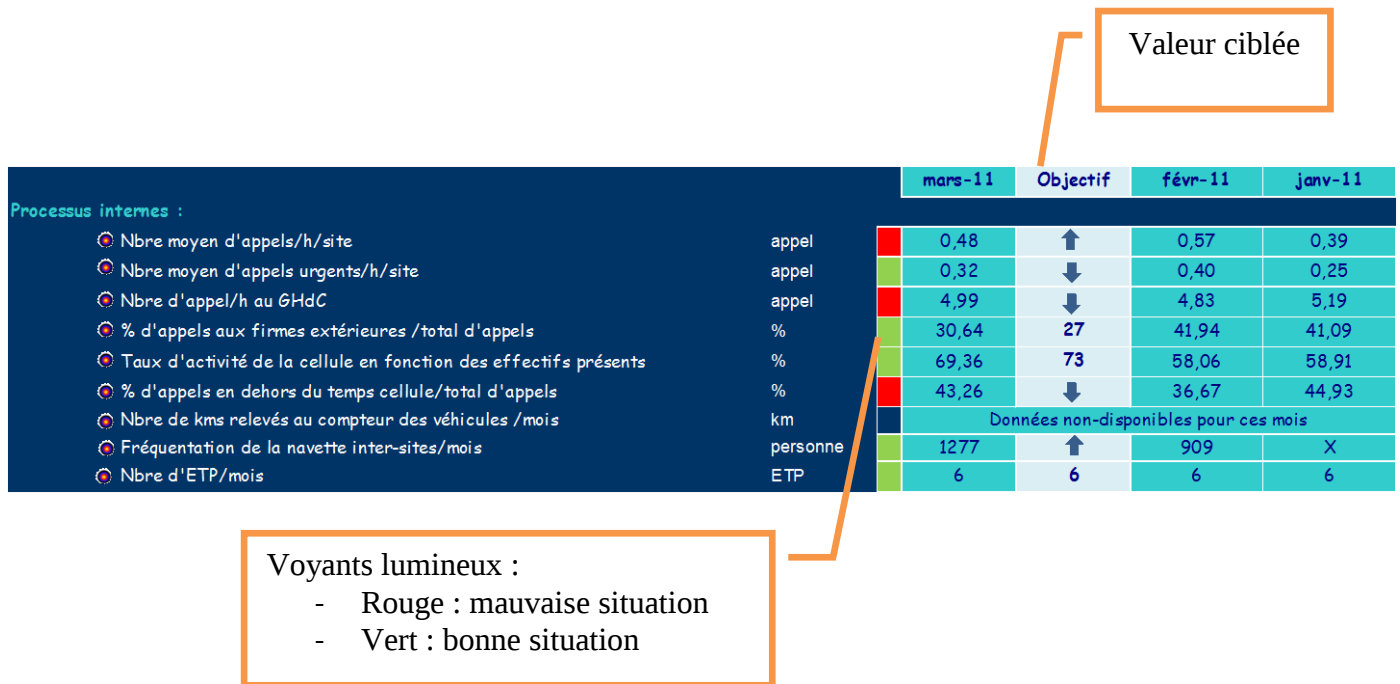


Figure 16 : Exemple de design créé pour un Balanced Scorecard

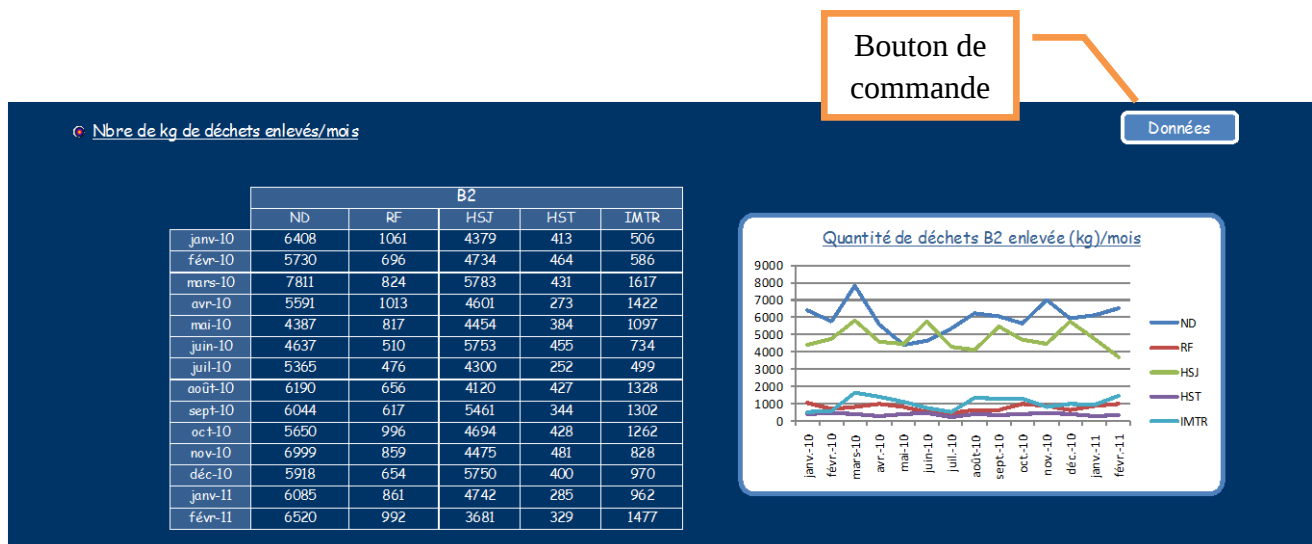


Figure 17 : Exemple de design créé pour illustrer les résultats obtenus

D. Conclusion

Elaborer un tableau de bord pour piloter une organisation est une technique de plus en plus fréquente et cet outil s'avère très utile lorsque qu'une prise de décision s'impose. Cependant, il est essentiel de suivre pas à pas les différentes étapes de l'implémentation telles que réalisées dans le chapitre 3. Il est aussi préférable de commencer par employer un logiciel simple tel qu'Excel avant de se lancer dans de lourdes dépenses qu'implique l'achat d'un programme spécialisé qui nécessitera quelques heures de formation avant d'en avoir une utilisation complète.

L'objectif final du tableau de bord est bien évidemment le pilotage de l'organisation. Pour ce faire, lorsque les premières étapes de définitions des processus, des objectifs et des indicateurs ont été réalisées, l'analyse des résultats peut commencer.

Le chapitre suivant est consacré à cette analyse des résultats obtenus dans nos 3 tableaux de bord ainsi qu'aux plans d'actions qui peuvent être envisagés pour améliorer ces chiffres lorsqu'ils ne sont pas satisfaisants.

CHAPITRE 4 : Analyse des tableaux de bord élaborés

Ce dernier chapitre a pour objectif de présenter et d'analyser les résultats relatifs aux trois tableaux de bord élaborés en tenant compte des valeurs des indicateurs des mois précédents représentés par l'annexe n°2, 3 et 4. De plus, nous avons définis quelques plans d'action qui, s'ils sont appliqués dans un futur proche, permettront peut-être d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de ces services étudiés.

A. Analyse des résultats

1. Analyse du tableau de bord relatif au service « chauffeurs »

Pour l'analyse du tableau de bord du service chauffeurs représenté par la figure 18, nous allons reprendre les indicateurs selon les quatre axes de Kaplan et Norton de Septembre 2010 à Mars 2011.

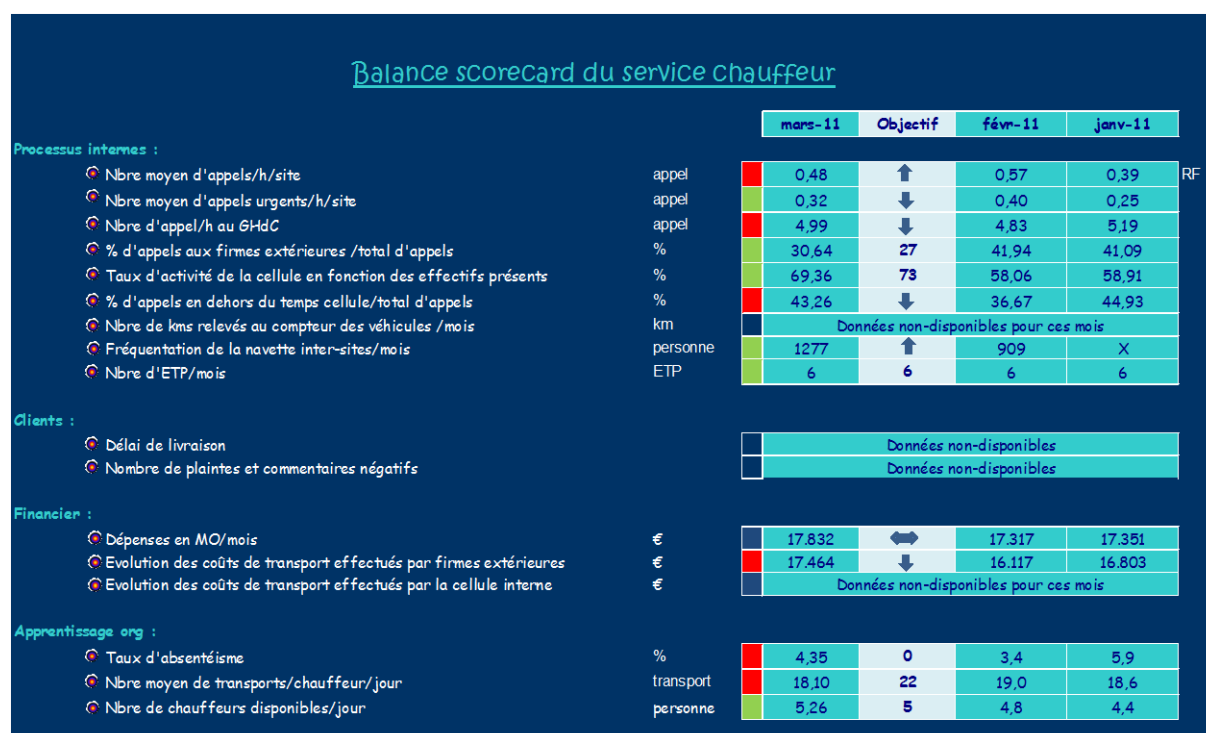


Figure 18 : Balanced Scorecard du service chauffeur

En ce qui concerne l'axe des PROCESSUS INTERNES, nous allons commencer par analyser les premiers indicateurs répondant à l'objectif de **gestion optimale des appels** reçus par la cellule interne de transports.

Ainsi nous pouvons voir que ce sont les services de l'IMTR qui réalisent le plus d'appels par heure (1.61) à la cellule interne de transports, réalisant de ce fait, presque 50% d'appels par heure en plus que la moyenne des 5 hôpitaux réunis égale à 1.

De plus, on remarque que l'IMTR réalise plus ou moins trois fois plus d'appels urgents par heure que les autres hôpitaux formant le GHdC. Ceci est principalement dû au fait que l'IMTR est fort demandeur d'analyses urgentes nécessitant un laboratoire. Or, les laboratoires du GHdC se situent sur les sites de Saint-Joseph et de Notre-Dame. Il est donc normal que les appels urgents soient plus nombreux pour l'IMTR. Par ailleurs, nous noterons que les appels urgents, tout hôpital confondu, ont diminués de plus de 13% lors de ces sept derniers mois.

Nous distinguons également une grande diminution des appels du site de Sainte-Thérèse que nous pouvons expliquer par le déménagement de la maternité vers l'hôpital de Notre-Dame pour lequel ces statistiques augmentent de mois en mois.

Lorsque l'on regarde le graphique reprenant les appels effectués aux firmes extérieures, nous voyons que la tendance était légèrement à la hausse durant l'hiver mais qu'elle a bien diminué au mois de mars. Cette tendance s'explique par la diminution du nombre de chauffeurs disponibles par jour pendant ces mois d'hiver. Par opposition à celle-ci, on peut noter qu'en général, entre 60 et 70% des appels sont traités par la cellule interne de transports, la diminution s'accroissant durant la période hivernale.

Enfin, nous remarquons que les appels réalisés en dehors du temps de travail de la cellule interne, c'est-à-dire les soirs (après 17h), weekends et jours fériés, ont chutés de plus de 10% en l'espace des 7 mois d'activités.

Le deuxième objectif relatif aux processus internes à savoir, **la gestion efficace des transports**, est mesuré par les deux indicateurs analysés ci-dessous.

Les données du premier indicateur, le nombre de kilomètres relevés au compteur des véhicules, n'étant disponibles que pour le mois d'Avril, il nous est impossible de réaliser une comparaison quelconque. Par contre, le second est très parlant. En effet, on remarque que la fréquentation de la navette intersites est montée en flèche entre les mois de février (909) et mars (1277). De plus, les responsables de la cellule ont décidé, mi-mars, d'adapter les horaires afin d'augmenter encore plus le nombre de passagers. Ainsi, grâce aux informations recensées par les pointeuses, ils ont changé l'horaire habituel en veillant à ce que la navette arrive sur les différents sites plus ou moins 15 minutes avant le début des temps de travail. Ce qui a eu pour conséquences d'augmenter considérablement le nombre de passagers.

Passons maintenant à l'axe CLIENTS, pour lequel nous n'avons aucunes données à analyser. En effet, le délai de livraison est pour le moment impossible à mesurer dû aux nombreux appels reçus entre chaque livraison qui ne cessent de changer la feuille de route des chauffeurs tout au long de la journée. Le second indicateur, le nombre de plaintes et commentaires négatifs, n'est actuellement pas mesuré par le service des plaintes car il ne recense que les lamentations des patients.

L'axe FINANCIER est représenté par deux objectifs dont le premier est **d'optimiser les coûts de transports**. Pour ce faire, nous avons suivi l'évolution du coût des transports effectués par les firmes extérieures qui s'avère assez stable, fluctuant entre 16000€ et 17500€, ainsi que l'évolution du coût des transports réalisés par la cellule interne pour laquelle nous avons besoin de certaines données relatives au mois d'avril qui ne sont pas encore disponibles. L'indicateur suivant, concernant les **dépenses en main d'œuvre** répondant au deuxième objectif, montre que les frais de personnel sont stables dans le temps avec un pic en novembre, mois à la fin duquel les primes de fin d'année sont distribuées.

Enfin, le dernier axe, APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL, se doit de répondre à deux objectifs traitant de **la motivation** et de **la productivité du personnel**. En ce qui concerne la motivation des chauffeurs, la courbe du taux d'absentéisme nous montre que celui-ci est en général acceptable sauf durant les mois d'hiver où il dépasse les 5%. Les indicateurs suivant, servant à mesurer notre dernier objectif, montrent que le nombre de transports réalisés par un chauffeur en une journée a augmenté de 8% en 6 mois. Ceci est principalement dû au fait que, depuis la mise en place de la cellule, le responsable adapte petit à petit les différents circuits afin d'être le plus efficace possible en une journée. Pour finir, l'indicateur présentant la disponibilité des chauffeurs nous montre une légère baisse en hiver qui correspond très bien à la hausse des transports réalisés par les firmes extérieures présentées plus haut. On remarque également qu'il n'y a pas un seul jour où les 6 chauffeurs composant la cellule sont tous présents et qu'en moyenne, on compte 9 jours par mois pendant lesquels il n'y a que 4 chauffeurs disponibles sur la journée.

2. Analyse du tableau de bord relatif au service « entretien et lingerie »

Nous allons réaliser l'analyse de ce tableau de bord, repris par la figure 19, de la même manière que nous l'avons effectué pour le service chauffeurs c'est-à-dire en fonction des quatre axes de Kaplan et Norton.

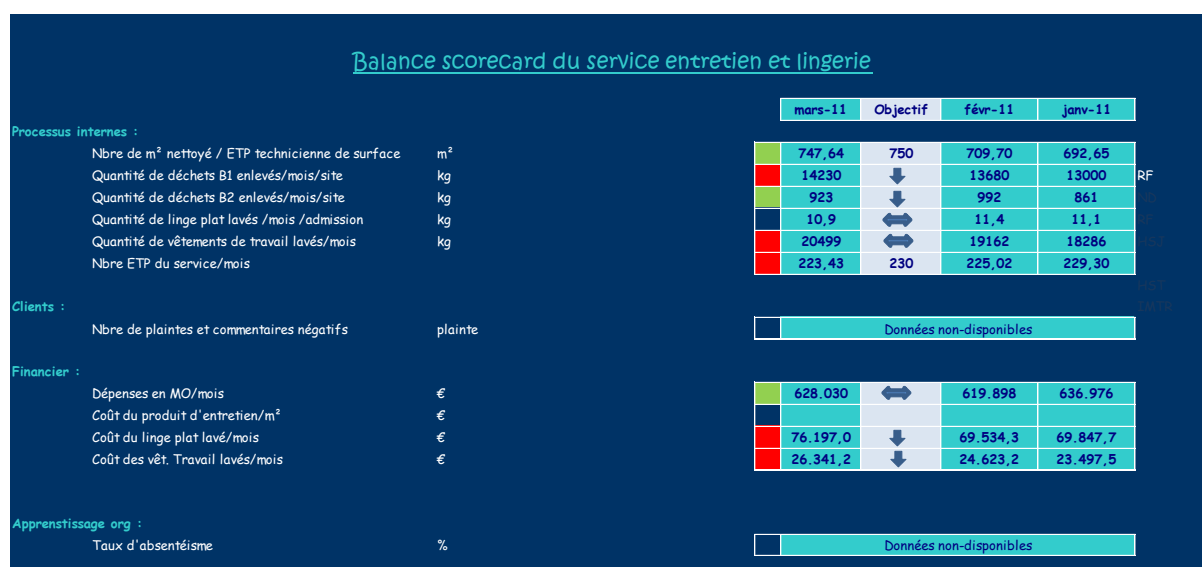


Figure 19 : Balanced Scorecard du service entretien et lingerie

Commençons par l'axe des PROCESSUS INTERNES pour lequel nous avons définis 2 objectifs précédemment. Le premier, **l'entretien des bâtiments hospitaliers**, est représenté par un indicateur mesurant les m² nettoyés par une technicienne de surface. La surface à nettoyer étant constamment la même, notre indicateur évolue donc en fonction des ETP disponibles tout les mois. Ensuite, ce sont quatre indicateurs qui représentent notre deuxième objectif, **mesurer l'évolution de l'activité consommée**. Les 2 premiers concernent les quantités de déchets B1 et B2 enlevées. Malheureusement on remarque que malgré la mise en place du tri des cartons et papiers il y a quelques mois, aucune réduction de ces déchets n'apparaît dans nos chiffres. Du point de vue des 2 indicateurs relatifs aux quantités de linge et vêtements de travail lavées, on note une tendance assez stable, sauf pour le mois de mars où un écart conséquent concernant le linge plat nous interroge. Celui-ci nécessitera une analyse de la part des responsables.

L'axe CLIENTS, dont l'objectif est **la satisfaction des patients**, n'est également pas évalué par le service des plaintes. En effet, celui-ci ne recense que les plaintes concernant la disponibilité des sanitaires qui n'est pas comprise dans notre analyse du service.

L'axe FINANCIER est représenté par 2 objectifs concernant d'abord les **dépenses en main d'œuvre** qui s'avèrent stables dans le temps avec une augmentation en novembre que l'on explique par la distribution des primes de fin d'année. Ensuite, ce sont 3 indicateurs qui ont été définis pour répondre à notre objectif de **maitrise des dépenses en matériel de nettoyage**. Nous n'avons pas eu la possibilité de mesurer le coût du produit d'entretien au m² dû à un manque d'informations. Par contre, le calcul du coût du linge lavé a pu être intégré dans notre tableau de

bord. Ainsi, celui-ci étant en lien avec les quantités de linge lavées par mois, nous retrouvons la même tendance que ci-dessus.

Enfin, notre axe APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL, devant refléter **la motivation du personnel** de part le calcul du taux d'absentéisme, n'a pu être représenté dans notre Balanced Scorecard. En effet, depuis la fusion en 2008, l'hôpital fonctionne toujours avec 2 systèmes de gestion différents. C'est pourquoi, le calcul du taux d'absentéisme à l'heure actuelle n'aurait pas été calculé de manière équitable. De plus, le calcul à la main, comme nous l'avons réalisé pour le « service chauffeurs », s'avère impossible dans ce cas vu le nombre conséquent d'employés, à savoir, environ 420 personnes. Il faudra donc attendre le mois de juillet afin d'avoir des données centralisées qui permettront de calculer un taux d'absentéisme correct.

3. Analyse du tableau de bord relatif au service « call-center »

Comme pour les 2 autres services étudiés précédemment, nous allons analyser le service « call center » en fonction des 4 axes de nos célèbres auteurs largement cités dans ce travail. Le tableau de bord de ce service est représenté par la figure 20 située ci-dessous.

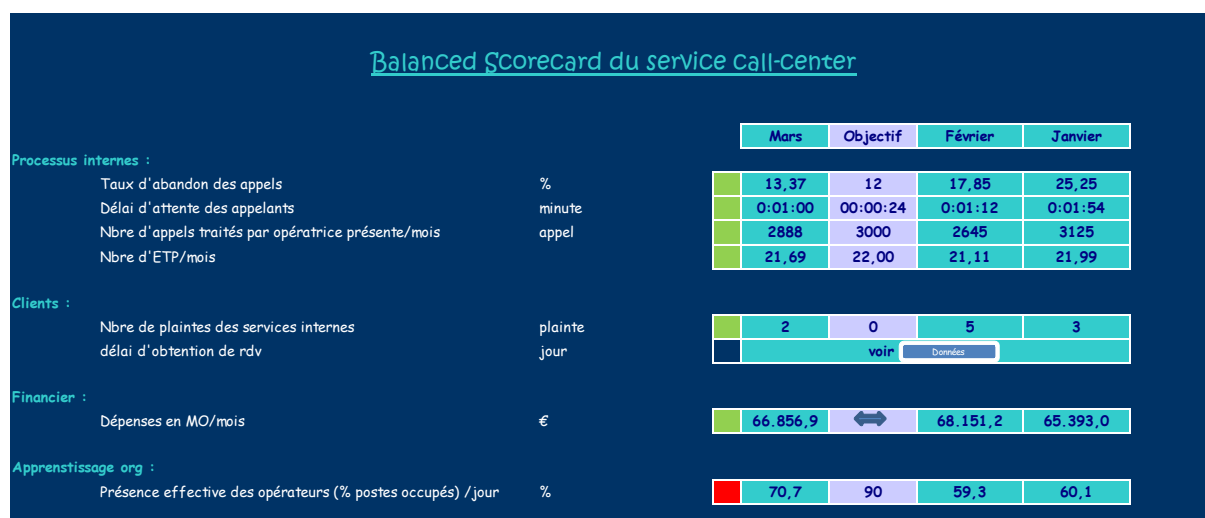


Figure 20 : Balanced Scorecard du service call-center

L'axe PROCESSUS INTERNES ne comprend qu'un seul objectif : offrir un niveau de réponse aux appels de qualité. Pour répondre à celui-ci, nous avons mis en place 3 indicateurs de performance. Le premier, le taux d'abandon des appels s'avère assez fluctuant au fil des mois avec une légère baisse ces 3 derniers mois qui nous amène à un abandon d'environ 1 appel sur 10 pour le mois de mars. Nous retrouvons la même tendance en ce qui concerne le délai d'attente des appelants, celui-ci ayant diminué d'une minute en l'espace de 3 mois. Cependant, cet indicateur nous semble encore trop élevé. Du point de vue du nombre d'appels traités par les opératrices,

nous l'évaluons à environ 138 appels par jour, soit un peu plus de 17 appels traités par heure. Ceci nous semble être une bonne moyenne.

L'axe CLIENT requiert de se soucier bien évidemment de la satisfaction des patients que nous avons mesurée par le nombre de plaintes reçues mais également, dans ce cas-ci, de la qualité de traitement accordée aux appels reçus. Pour ce faire, nous avons mesuré le délai d'obtention de rendez-vous qui s'avère très différent en fonction des disciplines visées. Ainsi, il faut par exemple attendre plus ou moins 27 jours pour obtenir un rendez-vous en cardiologie ou ORL et plus de 60 jours pour faire une visite chez l'ophtalmologue. Cependant, il faut savoir que ces délais, paraissant parfois trop long, peuvent être dus à la disponibilité du médecin mais aussi à la sous-capacité des machines. En effet, le médecin peut être présent toute la journée, il ne pourra effectuer plus d'examens que ce que l'appareil ne le permet.

L'axe FINANCIER se compose essentiellement des dépenses relatives à la main d'œuvre qui, comme les autres services, reste assez stable avec un pic en novembre correspondant aux primes de fin d'années.

Pour terminer, la motivation des employés, le seul objectif de l'axe APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL, a été évaluée par la présence effective des opérateurs à leur poste. On observe que cet indicateur a augmenté de 20% en quelques mois mais que la valeur atteinte au mois de mars, 70%, n'est pas encore très satisfaisante. Néanmoins, cette augmentation se fait ressentir au niveau du taux d'abandon et du délai d'attente qui ont eux aussi diminués.

B. Définition de plans d'action

Après avoir analysé les différentes valeurs de nos indicateurs de performance, il nous semble essentiel de proposer quelques plans d'actions qu'il serait intéressant de mettre en place afin d'améliorer les valeurs obtenues dans nos tableaux de bord et ainsi atteindre la plupart des objectifs que nous avons fixés. Pour ce faire, nous allons détailler ci-dessous les différents changements, réorganisations ou encore sensibilisation qui, mis en place, pourraient sans doute donner des valeurs statistiques plus satisfaisantes.

Commençons par décrire les plans d'actions qui pourraient améliorer le fonctionnement du **« service chauffeurs »**.

Premièrement, malgré notre l'objectif de diminution que nous avons fixé, nous pensons que les appels à la cellule interne de transports vont augmenter avec le temps. En effet, la fusion s'installant doucement, les services ayant les mêmes fonctions vont progressivement se rassembler sur un site identique. Ainsi, à l'avenir, il n'y aura peut-être plus qu'un seul laboratoire ou un seul lieu de stockage de matériel. Les besoins en analyses de prélèvements, médicaments, matériel et autres vont donc augmenter sensiblement. C'est pour cette raison qu'il faut mettre en place un système de sensibilisation du point de vue des appels urgents. En effet, les services demandeurs sous-estiment cet aspect urgent en considérant « urgents » la majorité de leurs appels. Cependant, il nous a été reporté qu'en semaine, contrairement aux soirs, weekend, et jours fériés (hors temps de travail de la cellule interne), les services se souciaient un peu moins du caractère urgent de la course à effectuer. En semaine, les transferts peuvent attendre quelques minutes le véhicule de la cellule interne alors qu'en autres temps, le transfert ne peut attendre et l'appel aux firmes extérieures s'en suit directement. Il serait donc utile de définir dans quelles conditions un appel peut être considéré comme urgent et nécessite dès lors un appel à une société de transports extérieure. De plus, il nous semble intéressant d'analyser la rentabilité de mettre un chauffeur de la cellule à disposition durant les weekends et jours fériés. Cela permettrait entre autres d'atteindre un de nos nombreux objectifs : la diminution progressive des appels aux firmes extérieures. Toutefois, nous sommes conscients que la cellule interne, avec ses 6 ETP, ne pourra jamais effectuer la totalité des courses demandées sans faire appel à une société de transports extérieure.

Ensuite, nous pensons, que pour augmenter la fréquentation de la navette intersites, il faut continuer à adapter les différents circuits ainsi que les horaires en fonction des déplacements du personnel. Dans quelques mois, il sera peut-être possible de supprimer les tranches horaires qui n'auront presque pas de succès et de ne garder que les plus fréquentées.

Pour finir, mesurer les plaintes et commentaires négatifs émanant des services demandeurs peut réaliser un bon indicateur de satisfaction et aider à améliorer les services rendus par la cellule interne de transports.

Passons maintenant aux plans d'action qui pourraient être appliqué au service « **entretien et lingerie** ».

Comme nous l'avons écrit précédemment, malgré l'installation de conteneurs dédiés au tri des papiers et cartons, les quantités de déchets enlevées par la société de sous-traitance ne diminuent pas. Il serait dès lors intéressant de lancer une campagne de sensibilisation au sein des 5 hôpitaux pour forcer les personnes à trier leurs déchets. Nous pensons que des petites affiches placées auprès de la majorité des poubelles auraient une influence plus conséquente que l'envoi d'un flash-info via un e-mail.

Du point de vue de la surface nettoyée par ETP, nous nous sommes servis de la surface brute de l'hôpital afin de calculer notre indicateur de performance. Cela nous donne donc un nombre global de m² qui détériore quelque peu la précision de notre indicateur. Il serait dès lors intéressant d'essayer de définir quelles pièces sont réellement nettoyées et à quelle fréquence les techniciennes de surfaces astiquent-elles celles-ci. En effet, un lieu de stockage sera certainement moins souvent nettoyé qu'une chambre ou un cabinet médical.

En ce qui concerne la quantité de linge lavée par mois, nous ne pouvons poser d'objectif à atteindre car il dépend totalement du nombre d'admission et séjours à l'hôpital. Cependant, il serait intéressant de savoir combien de fois les draps des patients sont changés durant leur séjour car les chiffres obtenus nous semblent assez élevés, à savoir en moyenne, 11 kilos de linge plat lavés par admission par mois.

Il nous reste ensuite à présenter les plans d'actions qui, selon nous, pourraient améliorer le fonctionnement du « **service call-center** ».

Pour ce service, nous avons remarqué que le taux d'abandon et le délai d'attente des appelants étaient en lien avec la présence des opérateurs. Il serait dès lors essentiel de pallier à ce problème d'absences répétitives des opérateurs à leur poste. Nous conseillons donc au responsable du service d'essayer d'identifier les causes de ces absences (congé de maladie, congés payés, absence injustifiée, retard...) afin de trouver les moyens d'actions les plus adaptés à la situation et ainsi contribuer à une augmentation de la satisfaction de la clientèle.

De plus, les opérateurs participent de temps en temps à des formations afin d'apprendre à améliorer leur service d'accueil. Il serait donc intéressant de comptabiliser le nombre de jours que

les opérateurs consacrent à ces formations car ce sont des jours où ils sont recensés présents mais lors desquels ils ne sont pas à leur poste.

C. Conclusion

Le but principal d'un tableau de bord est de pouvoir constamment évaluer et piloter l'activité de son organisation. C'est pourquoi, il est essentiel d'analyser régulièrement les résultats générés par cet outil de gestion de la performance. Ainsi, nous n'allons pas reprendre tous les résultats des indicateurs analysés ci-dessus mais simplement faire remarquer que l'activité des trois services étudiés donne en général des résultats moyennement satisfaisants pour certains indicateurs. C'est pourquoi, nous avons tenté de trouver quelques plans d'action qui pourraient sans doute permettre au DOP d'améliorer son activité. Les trois principales actions proposées sont reprises dans la conclusion finale de notre travail.

CONCLUSION

Le secteur hospitalier a de plus en plus tendance à adopter les méthodes de gestion des entreprises qui l'entourent. Ainsi, les gestionnaires des hôpitaux sont de plus en plus exigeants et avides d'informations concernant leur activité. C'est pourquoi, aujourd'hui, il est presque nécessaire que ces responsables se dotent d'une efficiente méthode de pilotage de la performance : le Balanced Scorecard. L'implémentation basique de cet outil de gestion de la performance dans le secteur hospitalier est le sujet principal de notre mémoire-projet.

Pour ce faire, nous avons tout d'abord pris connaissance du secteur hospitalier en général. Ensuite, nous nous sommes attardés quelque peu sur la littérature relative à la performance et au tableau de bord prospectif. Puis, nous sommes entrés dans la partie pratique de notre projet, à savoir, l'élaboration de tableaux de bord pour un département du secteur hospitalier. Enfin, nous avons analysé les résultats délivrés par ceux-ci afin de proposer à la direction quelques plans d'action sur lesquels nous estimons qu'il est essentiel de s'attarder quelque peu pour améliorer le fonctionnement et la rentabilité des ces services.

Ainsi, nous avons retenu trois plans d'action qui nous semblent intéressants de mettre en place dans un futur proche. Premièrement, définir le caractère « urgent » d'un appel à la cellule interne de transport. Ceci permettra de diminuer les nombreux appels inutiles aux firmes de transports extérieures. Ensuite, tester la rentabilité de mettre un chauffeur de la cellule interne à disposition des services durant les weekends et jours fériés. Le but étant d'augmenter l'activité de la cellule mais surtout, comme précédemment, de réduire les appels aux firmes de transports extérieures. Enfin, notre troisième plan d'action consisterait à lancer une campagne de sensibilisation au sein des 5 hôpitaux pour forcer les personnes à trier leurs déchets et ainsi diminuer les quantités de résidus de catégorie B1 et B2.

À l'issue de ce travail, nous pensons avoir atteint notre objectif principal : la création de tableaux de bord opérationnels pour trois des six services du département des opérations du Grand Hôpital de Charleroi. Toutefois, nous sommes conscients qu'ils ne sont pas à la hauteur de ceux proposés par les entreprises spécialisées en la matière. Cependant, nous offrons aux gestionnaires, un outil de gestion de la performance, simple d'utilisation, opérationnel et ne nécessitant aucun investissement financier.

Il revient maintenant aux gestionnaires de l'hôpital de poursuivre notre travail en les mettant à jour. Ainsi, au fil des années, ils disposeront d'une vue plus complète sur l'évolution et les

tendances des activités de chaque service. De plus, il serait intéressant de proposer aux responsables des trois autres services du département que nous n'avons pas étudiés, de faire de même afin que la directrice du département des opérations ait un feed-back mensuel des activités qui y sont réalisées et puisse ainsi agir en connaissance de causes.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonvoisin F. (2011), «Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs», thèse de doctorat, Fucam, Mons
- Brison S. (2010), « le système de soins de santé en Belgique est-il performant ? », dans Health Forum, n°4
- Courtois A., Bonnefous C. (2001), *Indicateurs de performance*, Paris, Hermès science publications
- Demestree R., Lorino P., Mottis M. (2006), *Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition
- Dhaevers, V. (2006), «La maitrise des performances de l'entreprise», thèse de doctorat, Fucam, Mons
- Durant G. (2006), « Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences », dans *hospitals.be*, n°1, vol 4
- Durant G. (2010), « Quel modèle de financement des hôpitaux connaissons-nous demain ? », dans *hospitals.be*, n°2, vol 8
- Durant G. (2010), *Le financement des hôpitaux en Belgique*, Editions Kluwer
- Durant G. (1997), « l'évaluation économique à l'hôpital », exposé donné lors de la journée du cycle annuel du perfectionnement en Sciences hospitalières, Ecole de santé publique de l'UCL, 25 janvier 1997
- Fernandez A. (2005), *L'essentiel du tableau de bord*, Edition d'organisation, 3^{ème} tirage
- Guerra F. (2007), *Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif*, Bruxelles, DeBoeck, Comptabilité, contrôle et finance
- Hubinon M., Grimmiaux V (2002), *Les indicateurs du département infirmier pour une gestion prévisionnelle*, cliniques universitaires Saint-Luc, Département infirmier
- Kaplan R. S., Norton D. P. (1996), *Le tableau de bord prospectif*, Paris, Edition d'organisation, 1^{ère} édition
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2004), *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard business school press
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2007), *Comment utiliser le tableau de bord prospectif ? pour créer une organisation orientée stratégie*, Editions d'organisation, groupe Eyrolles
- Ladrière F. (1996), « Le financement : une économie de santé ? », dans *Ethica Clinica*, n°4
- Le dictionnaire Le Petit Larousse Illustré, 1999, Edition Larousse, Paris, p. 766

- Lorino P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance – le pilotage par les processus et les compétences*, Paris, Editions d'organisation, 3^{ème} édition
- Marcon E., Guinet A., Tahon C. (2008), *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Hermès science publications
- Mollard D. (2006), *Systèmes décisionnels et pilotage de la performance*, Hermès science publications
- Mougin Y. (2004), *Processus : les outils d'optimisation de la performance*, Paris, Editions d'organisation
- Noppen M. (2008), « Les économies d'échelles dans le milieu hospitalier: Is bigger better? », dans *hospitals.be*, n°3, vol 6
- Pirson M., De Wever A. (2009), « Evolution générale du système hospitalier », *hospital.be*, n°1, vol 7
- Pirson M., Delo C., Martins D., Leclercq P. (2009), « Pour un financement all-in basé sur les pathologies », dans *hospitals.be*, n°4, vol 7
- Saelens G. (Novembre 2010), « Le journal des généralistes », Grand Hôpital de Charleroi, n°5
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A. (1999), « la performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture revue transdisciplinaire en santé*, vol 6, n°1, pp 34-36
- Van Der Straeten J. (2009), « La crise financière et les soins de santé », dans *hospital.be*, n°2, vol 7

Sources internet :

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (ANAES) (2002), *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, (page consultée le 23 mars 2011), [pdf en ligne], http://www.sfm.u.org/documents/consensus/recom_indic_sante.pdf
- [2] Callewaert G., Franssen A., Ghysels A. (2008), *Le financement et l'organisation des hôpitaux*, (page consultée le 14 mars 2011), [pdf en ligne], fiche-info de la Mutualité Chrétienne, supplément à MC-informations n°232
http://www.mc.be/fr/135/Resourcess/ficheinfo_lres_tcm183-49255.pdf
- [3] Castongay, C. (2009), *Les défis incontournables de notre système de santé*, (page consultée le 8 Avril 2011), [pdf en ligne],
http://www.cirano.qc.ca/presse/pdf/2009/Allocution_CCastonguay.pdf
- [4] De Troyer M. (2000), *le secteur hospitalier en Europe, rapport d'introduction*, (page consultée le 21 février 2010), [pdf en ligne], <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsevents/files/detroyer.pdf>

- [5] Dohou A., Berland N., *mesure de la performance globale des entreprises*, (page consultée le 16 février 2011), [pdf en ligne],
www.iae.univpoitiers.fr/afc07/Programme/PDF/p154.pdf
- [6] Fernandez A. (2011), *Les nouveaux tableaux de bord des managers, le projet décisionnel dans sa totalité*, (page consultée le 28 février 2011), [html en ligne],
http://www.nodesway.com/methode/nouveaux_tableaux_de_bord.htm
- [7] Grand Hôpital de Charleroi, (page consultée le 15 février 2011), <http://www.ghdc.be>
- [8] L'Observateur de l'OCDE (2001), *Améliorer la performance des systèmes de santé*, (page consultée le 14 mars 2011),
http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/457/Am_E9liorer_la_performance_des_syst_E8mes_de_sant_E9_.html
- [9] Licoppe F. (2008), *Financement des hôpitaux belges*, (page consultée le 24 février 2011), [Ppt en ligne], http://www.fhp.fr/d4d_editor_media/Dr-LICOPPE.ppt
- [10] Meeus P. (2007), *Rapporter sur la performance du système de santé en Belgique ?*, (page consultée le 14 mars 2011), [ppt en ligne]
http://www.riziv.be/information/all/studies/study48/pdf/performance_health_care_FR.pdf
- [11] Moret L. (2008), *le projet PATH-OMS de comparaison des performances : exemples des pratiques d'Antibioprophylaxie*, (page consultée le 14 Avril 2011), [ppt en ligne],
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/leila_moret_diapo_pays_de_la_loire.pdf
- [12] Nobre T. (2000), *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital*, (page consultée le 24 février 2011), [pdf en ligne], <http://costkiller.net/methodo/costkiller.gestion-des-couts-Quels-tableaux-de-bord-de-pilotage-pour-hopital.pdf>
- [13] OECD ilibrary, *Dépenses sociales publiques de santé en pourcentage du PIB*, (page consultée le 12 avril 2011), [pdf en ligne], <http://dx.doi.org/10.1787/20743912-2010-table4>
- [14] Podeur A., Bontemps, G. (2010), *Présentation de l'outil Hospi Diag*, [pdf en ligne],
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/06-presse/Dossiers_de_presse/Presentation_Hospi_Diag.pdf
- [15] Projet région Rhône-Alpes, *planification des ressources hospitalières*, (page consultée le 14 avril 2002), [html en ligne], <http://prisma.insa-lyon.fr/HRP/objectifs.htm>
- [16] Rochet C., *indicateurs et tableaux de bord, quels outils pour quels besoins ?* (page consultée le 12 février 2011), [pdf en ligne], <http://claudio.rochet.pagesperso-orange.fr/cours/Docs/fiche19.pdf>

- [17] Savall H., Zardet V. (2001), Evolution des outils de contrôle et des critères de performance, face aux défis de changement stratégiques des entreprises, (page consultée le 12 Avril 2011), [pdf en ligne], <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/46/52/PDF/SAVALL-ZARDET.PDF>
- [18] Sharma M.K., Bhagwat R. (2007), *Performance measurement of supply chain management : a balanced approach*, (page consultée le 10 janvier 2011), [pdf en ligne], <http://www.sciencedirect.com>
- [19] Smith P., Mossialos E., Papanicolas I. (2008), *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives*, (page consultée le 20 Mars 2011), [pdf en ligne], http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/84362/E93698.pdf
- [20] SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2011), *RHM, résumé hospitalier minimum*, (page consultée le 25 février 2011) [http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/index.htm?fodnlang=fr](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/index.htm?fodnlang=fr)
- [21] WHO (World Health Organisation) (2003), *measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*, (page consultée le 29 mars 2011), [pdf en ligne], http://wido.de/fileadmin//wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_who_1204.pdf