



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**L'apport du tableau de bord
au pilotage stratégique
d'un établissement de santé :**

**L'exemple de l'hôpital Saint-Antoine
(Assistance Publique – Hôpitaux de Paris)**

Solenne BARAT

Remerciements

En tout premier lieu, je souhaiterais adresser mes remerciements les plus respectueux à Chantal DE SINGLY, Directrice de l'hôpital Saint-Antoine qui m'a ouvert les portes d'un établissement dans lequel la nouvelle gouvernance n'est pas un vain mot.

Je voudrais remercier très chaleureusement l'équipe de direction de l'hôpital Saint-Antoine, notamment Gilles CALMES, Catherine LATGER, Michel MORENVAL, Martine OLIVIER et Renaud PELLE, dont les propos et témoignages sont venus nourrir cette réflexion.

Je remercie également vivement les cadres administratifs de pôle, notamment Christine CRESPO et Pascal CUROT, dont la grande compétence justifie pleinement la reconnaissance que leur témoignent régulièrement les responsables de pôle.

J'adresse aussi mes remerciements aux agents de la Direction des finances de l'hôpital Saint-Antoine, notamment à Giuliana MELONI, dont l'humour et la présence ont facilité au quotidien le déroulement de ce stage. Je pense également à Gabrielle REAL, dont le travail de stagiaire sur les comptes de résultats analytiques par pôle a pu révéler son intérêt pour la communauté hospitalière et à qui je souhaite une heureuse carrière de contrôleur de gestion.

Plus généralement, mes remerciements s'adressent à l'ensemble des personnels médicaux et soignants de l'hôpital Saint-Antoine qui m'ont toujours réservé le meilleur accueil et m'ont accordé de leur temps pour échanger sur les problématiques de cet établissement et les stratégies à mettre en œuvre.

Je souhaiterais adresser à Philippe LAGIER, mon maître de stage, l'expression de ma profonde et amicale gratitude pour sa grande bienveillance, pour son investissement durant ce stage afin qu'il se déroule dans des conditions optimales et pour la disponibilité dont il a fait preuve à chaque instant.

J'ai enfin une amicale pensée pour le Docteur Brigitte JOURDAN, Responsable « tableaux de bord », domaine pilotage du Nouveau Système d'Information (NSI) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, encadrante de ce mémoire, que je remercie pour son investissement et les conseils précieux qu'elle a su me prodiguer, sur un sujet qui lui tient à cœur et qui anime son quotidien.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. LA MISE EN PLACE D'UN TABLEAU DE BORD : UNE DEMARCHE RECENTE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, INSCRITE DANS UNE PERSPECTIVE D'UTILISATION DES INDICATEURS A DES FINS STRATEGIQUES.....	5
1.1. A LA SOURCE DU TABLEAU DE BORD : L'INDICATEUR.....	6
1.1.1. Définition.....	6
1.1.2. Typologie des indicateurs.....	6
1.1.3. Les qualités d'un indicateur sont multiples.....	7
1.1.4. Les effets pervers pouvant être déclenchés par les indicateurs.....	8
1.2. LE TABLEAU DE BORD DANS LA MESURE DE LA PERFORMANCE : UNE CULTURE EMERGENTE EN FRANCE ET A L'ETRANGER.....	9
1.2.1. En France et en Europe.....	10
A. Le projet COMPAQH et le site internet « PLATINES ».....	10
B. Les exemples européens.....	11
1.2.2. Aux Etats-Unis.....	13
1.3. LA NOUVEAUTE DE LA DEMARCHE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS RESIDE DANS LA METHODE DE PRODUCTION DES RESULTATS CHIFFRES QUI REFLETE LES GRANDS AXES STRATEGIQUES..	15
1.3.1. Au cœur de la méthodologie de l'AP-HP : le choix partagé d'indicateurs précisément définis et la détermination de valeurs cibles.....	16
A. L'expression de besoins et la définition d'une liste d'indicateurs dont des socles communs.....	16
B. Une maquette de tableau de bord « 4 cadrans » construite sur le modèle du « Balanced Scorecard » et généralisée suite à une période d'expérimentation.....	19
C. L'entrepôt de données partagées.....	23
D. Un bilan mitigé.....	23
2. L'EXEMPLE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE : L'APPROPRIATION DU TABLEAU DE BORD PAR SES UTILISATEURS COMME CONDITION ESSENTIELLE A LA BONNE INTEGRATION DE LA NOTION PERFORMANCE DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES .	25
2.1. UNE DYNAMIQUE QUI REPOSE SUR UN ENGAGEMENT FORT DE LA DIRECTION DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE POUR FAIRE DU TABLEAU DE BORD UN OUTIL D'AIDE A LA PRISE DE DECISION.....	25
2.1.1. L'appropriation du tableau de bord par le Conseil exécutif permet de mesurer la plus-value qu'il apporte au pilotage de l'hôpital Saint-Antoine.....	28
A. La place du tableau de bord s'est imposée progressivement.....	28
B. Un outil de dialogue autour de l'information.....	29
2.1.2. L'appropriation de l'outil par les pôles est encore limitée.....	31
A. Les maquettes de tableaux de bord sont aujourd'hui finalisées.....	31
B. Les tableaux de bord sont peu intégrés dans les échanges du pôle.....	34

2.2.	LES TABLEAUX DE BORD D'AUTRES ETABLISSEMENTS DE L'AP-HP ET HORS AP-HP RESTENT A APPROFONDIR POUR DEVELOPPER UNE VISION STRATEGIQUE GLOBALE	35
2.2.1.	<i>L'hôpital Saint-Louis : un modèle orienté sur le suivi de l'activité et des recettes</i>	36
2.2.2.	<i>Le tableau de bord du Centre Hospitalier National d'Ophthalmologie des Quinze-Vingts témoigne de la spécificité de cet établissement</i>	37
2.3.	LE TABLEAU DE BORD DES GALERIES LAFAYETTE, UNE STRUCTURE PRIVEE CONCENTREE SUR SES PERSPECTIVES D'AVENIR	38
2.3.1.	<i>Une construction et une utilisation du tableau de bord assez similaire à celle d'un hôpital.</i>	38
2.3.2.	<i>Un suivi orienté sur les perspectives d'avenir et l'atteinte de cibles chiffrées</i>	40
3.	LA PERENNISATION DU TABLEAU DE BORD : UN ENRICHISSEMENT REGULIER NECESSAIRE POUR RENFORCER SON ADAPTATION AU CONTEXTE ET SON ROLE D'OUTIL D'AIDE A LA DECISION	41
3.1.	UN INSTRUMENT QUI NECESSITE UN INVESTISSEMENT REGULIER DE LA PART DE SES UTILISATEURS...	41
3.1.1.	<i>Veiller à la pertinence des indicateurs</i>	42
3.1.2.	<i>Mobiliser les ressources qu'exige un tableau de bord stratégique</i>	44
A.	La mise en évidence d'un besoin de ressources du DIM et d'un contrôleur de gestion	44
B.	Le tableau de bord mobilise une part importante du temps des professionnels acteurs des plans d'actions	45
3.2.	UN OUTIL A ENRICHIR, EN INTERACTION AVEC D'AUTRES SOURCES, POUR PERMETTRE AU DIRECTEUR D'HOPITAL LE DEPLOIEMENT D'UNE STRATEGIE ADAPTEE AUX OBJECTIFS ET AU CONTEXTE. ...	46
3.2.1.	<i>Des outils d'analyse complémentaires sont essentiels pour approfondir les données du tableau de bord</i>	47
A.	Le compte de résultat analytique.....	47
B.	Le tableau coût case mix reste à construire en routine	48
3.2.2.	<i>L'analyse stratégique ne saurait s'appuyer que sur des éléments chiffrés</i>	49
A.	La place du commentaire pour approfondir un point précis.....	49
B.	Les précédents d'établissements de santé publics montrent que les contingences politiques, sociales voire sociétales doivent être intégrées.....	51
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES	61

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

BSC : Balanced Scorecard

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

CME : Commission médicale d'établissement

COMPAQH : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière

DFAH : Direction des finances, des achats et de l'hospitalisation

DIM : Département de l'information médicale

DRH : Directeur des ressources humaines

DUQuaR : Direction des usagers, de la qualité et des risques

EDP : Entrepôt de données partagées

ENC Echelle nationale des coûts

EPE : Entidade Publica Empresaria

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

GHU : Groupement Hospitalo-Universitaire

HAS : Haute Autorité en Santé

HCFA: Health Care Financing Administration

HEDIS: Health Plan Employer Data and Information Set

IGH : Immeuble de grande hauteur

ICALIN : l'indicateur composite des activités de lutte contre infections nosocomiales

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MCO : Médecine, chirurgie-obstétrique

MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

NSI : Nouveau Système d'Information

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PLATINES : Plateforme d'informations sur les établissements de santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PSPH : Participant au service public hospitalier

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SNS : Service National de Santé

SSR : Soins de suite et réadaptation

TCCM : Tableau coût case mix

Introduction

En février 2008, les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration relevaient, dans un rapport sur la performance et l'efficience hospitalières¹, « *l'insuffisant développement des systèmes d'information décisionnels* », ce qu'ils considéraient comme « *une lacune importante du système hospitalier.* » Ils estimaient « *souhaitable que le plan Hôpital 2012 participe à l'installation de ces systèmes d'information* » et qu'il était « *nécessaire que la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier diffuse les bonnes pratiques en veillant à ce que les outils retenus correspondent aux besoins de l'établissement* ».

Contrastant avec ce constat, la nécessité de produire et de réfléchir à partir de chiffres n'est pas nouvelle dans le secteur hospitalier, comme en témoignent la mise en place de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ou du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les années quatre-vingts. Tous les établissements pratiquant une activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) disposent aujourd'hui de données basiques, comme le nombre d'entrées, la durée moyenne des séjours ou la valeur moyenne des cas traités dans leurs services.

Les tableaux de bord se développent dans de nombreux domaines. Les réformes hospitalières rendent en effet nécessaire une vision globale des résultats de l'établissement dans toutes ses dimensions : activité, ressources humaines, qualité, attractivité, environnement, équilibre budgétaire et suivi des projets. Les directeurs adjoints – Directeur des ressources humaines, de la logistique, des achats, des finances, de la qualité, ... se voient désormais questionnés sur leur contribution à la performance de l'établissement.

De même, le suivi de la mise en œuvre de projet d'envergure nationale fait appel aux tableaux de bord. Ainsi, les indicateurs COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) sont une tentative de généralisation d'un outil rassemblant des indicateurs de performance et de qualité pour les établissements hospitaliers. ICALIN (Indicateur composite des activités de lutte contre infections nosocomiales), s'impose comme instrument de mesure de la performance dans la lutte contre les infections nosocomiales. S'ils ne constituent pas en eux-mêmes des

¹ Promotion 2006-2008 « Aristide BRIAND » Ecole Nationale d'Administration, février 2008, « *La performance et l'efficience hospitalières* ».

tableaux de bord, ils peuvent contribuer à nourrir le contenu d'un tableau de bord stratégique examiné notamment par le Conseil exécutif.

Le nouveau mode de gestion des hôpitaux implique des outils de suivi et de contrôle s'appuyant sur un système d'information performant. Le tableau de bord apparaît dès lors comme un outil stratégique de management, vertical et transversal. A contrario, l'absence de tableau de bord justifie dans certains établissements, le faible niveau de délégation de gestion, les directions fonctionnelles craignant de déléguer « en aveugle » et les responsables de pôle de piloter « à vue ». La mise en place tardive des tableaux de bord est invoquée pour expliquer les dérapages constatés dans certains pôles : en l'absence d'outil de suivi, il est délicat de reprocher aux responsables de pôle le non respect des objectifs fixés dans le contrat.

A l'aune de ces premiers constats, il apparaît que certaines questions se posent aux décideurs de l'hôpital. Le développement des tableaux de bord dans la gestion hospitalière est-il un simple effet de mode ou cet outil a-t-il vocation à s'inscrire comme un support indispensable à la prise de décision ? Comment doit-il être élaboré pour devenir un instrument pertinent ? Comment les managers hospitaliers ont-ils intégré cet instrument dans leur gestion quotidienne ? Le temps consacré à cet outil, de sa définition à son renseignement est-il justifié au regard de son utilisation par l'établissement et par les pôles ?

Etre en stage dans un établissement de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) constituait une opportunité de répondre à ces questions. En effet, la mise en place de la nouvelle gouvernance et les contraintes liées aux réformes hospitalières ont invité l'AP-HP à s'engager dans une démarche de reporting décisionnel depuis 2005.

L'AP-HP a pour particularité de regrouper sous une même entité juridique 39 établissements comprenant 176 pôles. Les résultats doivent donc être suivis à trois niveaux de responsabilité : direction centrale, direction des établissements, pôles. A cette fin, l'AP-HP s'est dotée d'un outil de pilotage stratégique construit sur le modèle du « Balanced Scorecard »² utilisé dans le monde de l'entreprise : un tableau de bord décliné en quatre cadrans permettant d'analyser simultanément les résultats des différentes dimensions de la performance (activité, qualité, dépenses, suivi des projets) est proposé aux établissements et aux pôles.

² Cf. infra 1.3.1

La démarche de pilotage stratégique engagée à l'AP-HP depuis 2005 est actuellement dans sa phase de généralisation et de maturation. Les tableaux de bord sont en place dans la plupart des établissements et des pôles. Néanmoins, nous verrons que certains chefs d'établissement de l'AP-HP ont développé d'autres modèles de tableaux de bord, qu'ils estiment plus opérationnels pour suivre leurs résultats et mesurer le niveau de performance de leurs activités.

De même, les illustrations données par des établissements de santé n'appartenant pas à l'AP-HP montrent que le tableau de bord est un outil désormais intégré dans les pratiques quotidiennes, mais qu'il n'est pas nécessairement développé dans une perspective stratégique globale et reste encore largement utilisé comme un « outil métier », permettant à chacun de piloter dans son domaine d'action, sans perspectives d'ensemble.

C'est en cela que l'exemple de tableau de bord mis en œuvre à l'hôpital Saint-Antoine est particulièrement intéressant : l'analyse croisée des indicateurs des quatre domaines stratégiques que sont l'activité, l'attractivité et la qualité, la performance et les projets permet de mettre en perspective les résultats dans chacun de ces domaines et de prendre les actions correctives qui s'imposent à leur lecture.

Reste que s'il est relativement aisé de produire des données régulières sur l'activité, l'intégration de ces données dans le processus de décision appelle une réflexion permanente. Il s'agit de se servir intelligemment des tableaux de bord, ce qui suppose de clarifier dès l'initiation du processus l'identité de celui à qui la mesure va servir et les fins attendus de cette démarche. Il ne s'agit pas de mesurer pour mesurer, mais pour agir dans le cadre d'une stratégie globale d'établissement et à long terme. La collecte de donnée n'a de sens que si elle vient à l'appui d'une décision, si elle sert à nourrir les besoins d'information en vue du pilotage, si les acteurs s'en imprègnent pour définir la stratégie du pôle et de l'établissement.

Nous verrons que si les exemples de tableaux de bord sont nombreux et variés, celui mis en œuvre récemment à l'hôpital Saint-Antoine sur le modèle, développé par l'AP-HP, du « Balanced Scorecard », s'inscrit dans une perspective d'utilisation des indicateurs à des fins stratégiques (I). L'exemple de l'hôpital Saint-Antoine montre que l'appropriation du tableau de bord par le chef d'établissement, les directeurs adjoints et les responsables de pôle est une condition essentielle à la bonne intégration de la notion performance dans les pratiques quotidiennes (II). Pour autant, la pérennisation du tableau de bord nécessite un enrichissement régulier, qui vienne renforcer son adaptation au contexte et son rôle d'outil d'aide à la décision (III).

1. La mise en place d'un tableau de bord : une démarche récente à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, inscrite dans une perspective d'utilisation des indicateurs à des fins stratégiques

Le mot « tableau de bord » est apparu vers 1790. On peut situer son origine au XVII^e siècle, quand Jean-Baptiste Colbert, Contrôleur Général des finances de Louis XIV, crée un document simple contenant la prévision des recettes et des dépenses de l'Etat à destination du roi.

« Le tableau de bord³ ou combiné d'instruments, est constitué d'un ensemble d'indicateurs et de témoins qui renseignent le conducteur d'un véhicule automobile (voiture, camion, moto, bateau, etc.) sur le fonctionnement du moteur et sur les paramètres de conduite (vitesse instantanée, température extérieure). Il est le plus souvent situé face au conducteur ou pilote. En ce qui concerne les voitures particulières, certains indicateurs sont imposés par la législation, d'autres sont fournis à la discrétion du constructeur. Le plus souvent, la richesse et la variété des informations proposées dépendent de la version du modèle dans la gamme. Ainsi, les versions les plus huppées d'un modèle disposent d'indicateurs de confort ou de fonctions évoluées ». Cette définition empruntée au vocabulaire automobile convient assez bien pour décrire ce qu'est le tableau de bord utilisé dans les établissements de santé.

Un tableau de bord est une représentation graphique, synthétique et visuelle d'un ensemble d'indicateurs donnant à un responsable tous les éléments lui permettant de prendre rapidement des décisions. L'objectif du tableau de bord est notamment de déceler une activité anormale. Pour ce faire, il utilise généralement des pictogrammes et des couleurs permettant d'identifier le problème en un coup d'œil.

³ Encyclopédie Larousse

1.1. A la source du tableau de bord : l'indicateur

1.1.1. Définition

Le terme « indicateur » est défini dans le Dictionnaire de la qualité de l'Association Française de Normalisation (AFNOR)⁴ comme la « *matérialisation d'un événement observé, prélevé, mesuré, déterminé par le calcul et permettant d'identifier qualitativement ou quantitativement une évolution du comportement d'un processus.* »

Pour la Haute Autorité de Santé⁵ (HAS), un indicateur est « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Il s'agit d'une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Il n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire, ce qui suppose l'existence d'une question qu'il contribue à éclairer.* »

Un indicateur est ainsi un élément mesurable, renseigné a posteriori, qui fournit des informations sur un phénomène complexe et qui répond à une question posée par le décideur. Il peut s'agir d'un chiffre isolé mais le plus souvent il s'agit d'un taux ou un ratio.

1.1.2. Typologie des indicateurs

Dans la démarche de pilotage, les indicateurs peuvent être distingués par nature et/ou par fonctions :

- Les indicateurs de *résultat*, qui permettent de mesurer le degré d'atteinte de l'objectif. Ils peuvent être intermédiaires (% de réadmissions, ...) ou finaux (morbidité, mortalité,...) ;
- Les indicateurs *d'efficacité*, qui traduisent le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs initiaux ;

⁴ FROMAN B., GOURDON C., mai 2003, « Dictionnaire de la qualité », Association Française de Normalisation

⁵ Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : Principes généraux, ANAES, Mai 2002

- Les indicateurs *d'efficience*, qui mettent en rapport les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre ;
- Les indicateurs de *disponibilité*, qui mettent en lumière le rapport entre les ressources et les besoins ;
- Les indicateurs *d'activité*, qui mesurent la production ;
- Les indicateurs de *structures*, qui représentent les ressources mobilisées pour réaliser l'activité ;
- Les indicateurs de *processus*, appelés aussi indicateurs de suivi, qui renseignent sur les modalités de fonctionnement et les pratiques professionnelles mises en œuvre ;
- Les indicateurs de *reporting ou de pilotage*, les premiers fournissent les informations au responsable hiérarchique tandis que les seconds sont utilisés pour le pilotage d'une action spécifique.

La construction du tableau de bord implique donc de s'interroger sur l'usage que ses utilisateurs souhaitent en faire :

- Des indicateurs de pilotage : je constate, je décide ;
- Des indicateurs de reporting : je rends compte ;
- Des indicateurs d'animation de la performance collective : je donne à voir et je mobilise.

Un indicateur peut appartenir aux trois catégories à la fois : par exemple la mesure du taux de satisfaction répond à plusieurs besoins d'information.

1.1.3. Les qualités d'un indicateur sont multiples

Un indicateur doit être précis, exact, reproductible et valide : il doit bien mesurer ce qu'il est censé mesurer et bien couvrir le champ de la dimension qu'il est supposé représenter.

Il doit refléter une dimension de la performance jugée importante. Ainsi pour l'activité clinique, sont privilégiés les indicateurs qui concernent les séjours de moins de 24h, moins valorisés, ou les interventions coûteuses et/ou pour lesquelles il existe des variations de pratiques inexpliquées, comme le suivi des médicaments onéreux remboursés en plus des séjours.

Il est essentiel que l'indicateur soit utile, clair, simple d'utilisation et qu'il se rapporte à un objectif connu. Il doit être significatif et durable, motivant et sensible aux variations du phénomène observé. Il doit également être adaptable aux changements. L'indicateur doit

porter sur un domaine offrant des possibilités d'actions concrètes d'amélioration : à partir de l'indicateur, une action correctrice doit pouvoir être déclenchée immédiatement.

Au delà de ces caractéristiques, un indicateur doit pouvoir être recueilli en routine dans le cadre d'un système d'information stabilisé. Toutefois, il faut parfois accepter de renoncer partiellement à la précision de la mesure pour pouvoir fournir des indicateurs dans des délais raisonnables. Ainsi, un simple recueil manuel peut parfois répondre aux besoins d'information.

Sur le plan méthodologique, l'enjeu de la mesure de la performance hospitalière se situe dans le choix des indicateurs, leur mode de recueil et d'interprétation. Comme nous le verrons dans la deuxième partie, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a particulièrement investi sur ce point, par un travail important d'expression des besoins et de définitions partagées pour proposer les indicateurs considérés comme essentiels au pilotage stratégique. Pour autant, le système d'information des établissements de l'AP-HP n'est aujourd'hui pas en mesure de produire les données correspondantes à un certain nombre d'indicateurs de cette liste.

Pour chaque indicateur, il faut préciser le responsable de la saisie, le mode de calcul, la fréquence du relevé et l'objectif de progrès. Une représentation graphique permet de visualiser l'évolution de l'indicateur en fonction des actions correctives et en référence à l'objectif fixé. Les données de résultats doivent pouvoir être comparées à un référentiel : interne au service (courbes de tendance), à la région (enquête de l'ARH) ou à la spécialité (logique nationale).

L'élaboration du tableau de bord nécessite une démarche rigoureuse et en constante cohésion avec les objectifs de l'établissement et des pôles. Le choix des indicateurs visant à suivre les priorités, il doit faire l'objet d'un dialogue avec les décideurs, sans perdre de vue les pré-requis définis ci-dessus.

1.1.4. Les effets pervers pouvant être déclenchés par les indicateurs

Si la mise en place d'un système d'indicateurs pour le pilotage produit des effets sur l'organisation elle-même, notamment via les actions correctives mises en œuvre pour améliorer l'efficacité des prises en charge, ces effets ne sont pas toujours (ou pas seulement) ceux que l'on attendait.

En effet, l'amélioration des résultats et la modification des comportements constatées peuvent être biaisées par la recherche de moyens permettant d'améliorer les chiffres sans améliorer la situation. Par exemple, des phénomènes de « saucissonnage » des séjours ont pu être observés dans des services dont l'indice de performance était en amélioration, la durée moyenne de séjour étant en fait artificiellement diminuée.

La mise en place de tableaux de bord peut également susciter des réflexes d'autoprotection, les professionnels cherchant alors à éviter toute mesure qui permettrait d'identifier les causes ou les responsables. De même, le système d'information peut faire l'objet d'une « prise en otage », les professionnels refusant de fournir l'information ou de remplir les fiches de recueil dans les temps. Le boycott de la transmission du codage des actes à l'occasion du conflit opposant depuis plusieurs mois le Ministère de la santé et les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital montre la fragilité d'un système reposant sur la volonté des professionnels. Cette situation génère, outre des contraintes de trésorerie, de vraies difficultés pour assurer le pilotage de l'établissement, la visibilité sur l'activité et les recettes étant largement réduite.

La mise en place d'indicateurs peut également avoir pour effet un zèle excessif des professionnels qui peuvent développer un syndrome du "premier de la classe" mettant en danger la cohésion globale du pôle ou de l'établissement. Elle peut également induire des jugements à court terme, par la non prise en compte des effets retards. Ainsi, à l'hôpital Saint-Antoine, l'activité soutenue de l'unité d'addictologie en 2008, qui fait l'objet d'une attention particulière du Conseil exécutif dans le cadre du suivi la montée en charge des « mesures nouvelles », aura pour conséquence probable une perte de recettes liée à la diminution de la dotation annuelle de fonctionnement finançant l'activité de psychiatrie dont les lits sont en partie mobilisés par l'activité d'addictologie.

Enfin, il ne faut pas nier le choc culturel que représente la mise en place d'un système de mesure, parfois vécue, sinon comme une entreprise contraire à l'esprit du service public, au moins, comme la volonté de transposer les méthodes de l'entreprise privée à un établissement public.

1.2. Le tableau de bord dans la mesure de la performance : une culture émergente en France et à l'étranger

Comment évaluer la performance hospitalière ? Deux approches complémentaires sont le plus fréquemment adoptées. La première consiste à définir des standards et à vérifier si l'établissement réunit les conditions fixées par ce standard (normes légales ou

réglementaires, certification par rapport à des normes de qualité, ...). Une autre approche consiste en une évaluation réalisée par des indicateurs. C'est cette seconde approche que nous privilégierons. En effet, en appréhendant d'une manière dynamique les informations globales nécessaires au pilotage stratégique de l'hôpital, elle présente un plus grand intérêt pour les décideurs de l'hôpital.

1.2.1. En France et en Europe

A. Le projet COMPAQH et le site internet « PLATINES »

En France, un projet innovant financé par les pouvoirs publics fait émerger depuis 2003 les travaux dans le domaine de la mesure de la performance. COMPAQH est un projet de recherche conduit par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)⁶ sur le développement des indicateurs de qualité hospitalière. S'ils ce projet ne s'inscrit pas réellement dans une démarche de construction d'un tableau de bord, il est intéressant eu égard à la méthodologie de définition et de choix d'indicateurs mise en œuvre. En outre, nous verrons ultérieurement comment certains indicateurs peuvent être mis en valeur dans l'axe stratégique relatif à la qualité d'un tableau de bord équilibré⁷.

COMPAQH a pour objectif de sélectionner une vingtaine d'indicateurs dans des domaines considérés par les tutelles comme prioritaires pour la qualité des soins : lutte contre la douleur, continuité des prises en charge, lutte contre les troubles nutritionnels, lutte contre les infections nosocomiales, satisfaction du patient, respect des bonnes pratiques cliniques, motivation, responsabilisation, évaluation des compétences des professionnels de soins et accessibilité des soins.

Les objectifs sous-tendus par ce projet tiennent à la volonté de généraliser des indicateurs et d'éclairer les pouvoirs publics sur des processus rationnels à développer au sein des établissements de santé. A cette fin, il convenait de développer des indicateurs de qualité des soins généralisables. Il s'agissait ensuite d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs.

⁶ Les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNMF), la branche hospitalière de l'assurance-maladie (UGECAM), et les associations d'utilisateur (CISS) participent à son pilotage. Le maître d'œuvre est l'INSERM (Centre de Recherches en Economie et Gestion Appliquées à la Santé, unité mixte Inserm-Cnrs), avec une participation du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine).

⁷ Cf. 1.3.1. Le modèle du « Balanced Scorecard »

Trente six établissements, dont seize établissements publics, douze privés à but lucratif et huit établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), participent à ce projet, dont vingt-quatre de secteur MCO, quatre centres de lutte contre le cancer (CLCC), quatre établissements du secteur psychiatrique et quatre structures de soins de suite et réadaptation (SSR).

En termes de méthodologie, le premier objectif de l'INSERM a été de sélectionner une batterie d'indicateurs de qualité hospitalière. A partir de 2004 et jusqu'en avril 2006, le projet s'est concentré sur l'évaluation de la qualité métrologique de ces indicateurs, la mise en place d'un système comparatif (ou " benchmarking ") et enfin sur la définition des modes de gestion des indicateurs au sein des établissements. Ainsi, 65 indicateurs ont été sélectionnés, dont 43 sont aujourd'hui construits et testés. Parmi eux, 15 indicateurs ont été proposés à la généralisation⁸.

Ces données sont accessibles sur un site internet établi par le Ministère de la santé, « *PLATINES* » (Plateforme d'informations sur les établissements de santé). Ce site donne accès aux principales caractéristiques des établissements de santé (équipements, activités et particularités) ainsi qu'à des renseignements sur leurs pratiques dans certains domaines, comme la consultation de la douleur chronique ou la prise en charge des soins palliatifs. Il présente également les résultats obtenus en matière de prévention contre les infections nosocomiales. Le site PLATINES est régulièrement mis à jour et complété par des informations plus précises, en particulier dans le domaine de la qualité des soins et des services rendus aux usagers.

Cette démarche montre que les pouvoirs publics sont de plus en plus sensibles à la demande de transparence exprimée par les usagers. Elle exigera des Directeurs d'hôpital une grande vigilance quant aux résultats qui seront publiés et à leur interprétation.

B. Les exemples européens

Le stage effectué au Portugal dans le cadre de l'EHESP à l'hôpital Santa Marta de Lisbonne vient également nourrir la présente réflexion sur l'apport du tableau de bord.

Le système de santé portugais a connu ces dernières années de nombreuses réformes. Ainsi, certains établissements publics, appartenant au Service National de Santé (SNS) sont dotés depuis 2005 d'un statut d'entreprise publique (Entidade Publica Empresaria,

EPE). A ce titre, ils bénéficient de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative, financière et patrimoniale. Leur mode de gestion a été rénové et s'inscrit désormais pleinement dans une dynamique de recherche de la performance.

Les établissements de santé portugais sont, comme les hôpitaux français, organisés en pôles pilotés par un praticien (médecin ou chirurgien), équivalent du responsable de pôle, et par un administrateur hospitalier, équivalent au Directeur adjoint référent de pôle, tels qu'il en existe dans certains établissements français.

Ce binôme utilise abondamment les tableaux de bord comme outil de suivi quotidien de l'activité, des entrées, des sorties et des transferts. Le cas échéant, ce tableau fait également apparaître le temps d'occupation des salles du bloc opératoire, élément au cœur de la performance des services de chirurgie. De même, il fait état des durées moyennes de séjour, mobilisant la vigilance des responsables sur les délais de prise en charge en aval de leur service, dans les structures de moyen et long séjours. D'autres tableaux de bord font apparaître le cumul mensuel ainsi que la tendance comparée à l'année précédente et aux données prévisionnelles pour le mois et l'année en cours.

Chaque semaine, administrateur référent et praticien responsables de pôle se rencontrent pour analyser ces chiffres et définir les éventuelles mesures correctives à y apporter. A l'occasion de ces rendez-vous, la situation particulière d'un patient dont la durée de séjour apparaît excessive peut être pointée et justifier la mobilisation de « l'équipe de gestion des sorties des patients » pour organiser le transfert d'un patient vers une structure d'aval adaptée.

De même, ces tableaux de bord sont utilisés par les membres du Conseil d'administration pour comparer les performances des quatre entités composant le Centre Hospitalier de Lisbonne – zone centrale (CHLC)⁹, dont l'Hôpital Santa Marta. L'existence de trois services de médecine interne les amène à expliquer les spécificités de leur prise en charge ou de leur structure pour justifier les écarts de performance ou de coûts entre les trois sites. A défaut de ces éléments, il peut leur être demandé de revoir leur processus de soins ou il peut être exigé des administrateurs hospitaliers qu'ils travaillent sur les aspects relevant de leurs compétences, notamment la logistique.

⁸ Cf. annexe 2

⁹ Le Centre Hospitalier de Lisbonne – Zone centrale (CHLC) résulte de la fusion organisée par le décret loi du 28 février 2007 de quatre hôpitaux : l'Hôpital Santa Marta, l'Hôpital Dona Estefânia, l'Hôpital Sao José et l'Hôpital Santo António dos Capuchos.

Aux Pays-Bas la performance des hôpitaux repose depuis quelques années sur la reconnaissance médicale par les pairs et l'analyse des structures, celle-ci portant sur l'hôtellerie (nombre de chambres collectives,...), les délais d'admission et d'obtention de rendez vous de consultation. La première étude a été réalisée en 1997 sur un échantillon de médecins libéraux (1074 spécialistes et 882 généralistes) interrogés sur la performance des soins que délivrent les différents services de court séjour, le niveau de collaboration avec le secteur libéral et la réputation nationale des médecins. Les hôpitaux sont classés pour chaque critère et pour chaque service puis les résultats sont agrégés pour sélectionner chaque année les 20 meilleurs hôpitaux. Ces critères, subjectifs et variables selon l'échantillon de médecins interrogés ne permettent qu'une vision très partielle et superficielle de la performance des hôpitaux ; néanmoins il semble que cela stimule aussi bien les hôpitaux les moins performants, qui essayent d'améliorer leur image de marque, que les meilleurs qui tiennent à conserver leur avance.

Enfin, il est intéressant de noter qu'en Suède¹⁰, la mise en place d'une politique d'information du public sur la performance des hôpitaux semble avoir échoué du fait de la mauvaise interprétation par le public des informations produites. Les promoteurs en ont conclu qu'il était nécessaire de fournir à chacun les moyens de comprendre ces informations, parfois complexes et de procéder à une étape préalable de vulgarisation des données destinées au grand public.

1.2.2. Aux Etats-Unis

Les Etats-Unis bénéficient du recul historique le plus important dans la mesure de la performance, qui fait désormais partie du débat permanent autour du système de soins. Cela, avec la diffusion de multiples indicateurs, regroupés sous forme de tableaux de bords (report cards) censés refléter les différentes dimensions de la performance et permettre la comparaison des établissements, voire des professionnels entre eux.

Un des programmes le plus ambitieux est développé par le « Solucient Leadership Institute »¹¹. L'objectif est de permettre aux hôpitaux de se comparer aussi bien sur le plan des résultats cliniques que sur celui de la gouvernance. La participation, sur la base du volontariat, a concerné en 1998, plus de 2000 hôpitaux (40% des admissions annuelles en court séjour).

¹⁰ MEBIUS C. Public Disclosure of Health Care Performance Reports: Comments and Reflections from Sweden. Int J Qual Health Care 1999

¹¹ CHENOWETH J. "Making performance data public", Healthc Exec 2001

Dans le groupe des hôpitaux généraux, les cent premiers ont une productivité de + 51% par rapport à la moyenne. Les différences sont beaucoup moins marquées entre les hôpitaux universitaires. Le classement général montre que les cent meilleurs établissements ont une durée moyenne de séjour inférieure de 70% à la moyenne, 13,9% de complications en moins, une marge de profit totale supérieure à la moyenne de 8,7%, une marge de trésorerie de 16,4% pour une moyenne à 7%. Ils ont aussi moins de salariés que la moyenne, mais ces salariés sont mieux payés.

Un hôpital de 650 lits, le Peter Brigham and Women's Hospital, affilié à l'Université de Harvard à Boston, est le seul ayant figuré pendant huit années consécutives dans la liste des meilleurs établissements. Selon son Directeur, quatre éléments expliquent ce succès :

- Le leadership des médecins dans le management : dans son institution douze médecins sont diplômés de l'Harvard Business School et exercent une fonction de gestionnaire à temps partiel ;
- Une politique explicite de communication et d'information permettant d'accompagner les changements liés à l'innovation et d'obtenir un dialogue de qualité, à la fois entre médecins et gestionnaires et entre médecins hospitaliers et professionnels extra hospitaliers ;
- Une politique volontariste d'enseignement et de formation continue pour améliorer la qualité des soins et la compréhension des contraintes de gestion ;
- La mise en place d'une gestion de la reconnaissance pour les équipes qui atteignent leurs objectifs.

Ces exemples d'utilisation du tableau de bord montrent que cet instrument s'intègre désormais dans le paysage de tout responsable hospitalier soucieux de mesurer la performance de son établissement.

Néanmoins, si la multiplication des tableaux de bord peut être nécessaire à la mesure de la performance et à la prise de décision, elle n'est peut être pas indispensable à la définition de la stratégie. Peut-être même traduit-elle l'absence de véritable stratégie commune et globale de l'établissement. En effet, s'il n'existe pas un modèle unique de tableau de bord, ils ne peuvent pas tous véritablement répondre aux besoins en matière d'appui à la stratégie : le « tableau de bord stratégique », parfois dénommé « tableau de bord de pilotage » ou « tableau de bord équilibré » est en effet le modèle de tableau de bord adapté à cette fin.

1.3. La nouveauté de la démarche de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris réside dans la méthode de production des résultats chiffrés qui reflète les grands axes stratégiques

La stratégie – du grec « stratos » qui signifie « armée » et « ageîn » qui signifie « conduire » consiste en la définition d'actions cohérentes intervenant selon une logique séquentielle pour réaliser ou pour atteindre un ou des objectifs. Elle se traduit ensuite, au niveau opérationnel, en plan d'actions par domaine et par périodes, y compris éventuellement, en plans alternatifs utilisables en cas d'événement changeant fortement la situation.

Ainsi pour venir en appui à la stratégie, il apparaît que le tableau de bord doit être construit sur un modèle bien spécifique. Bien que la concrétisation des tableaux de bord de pilotage dans les établissements de santé français soit récente, de nombreux auteurs ont contribué à la réflexion sur ce thème.

Daniel Boix et Bernard Féminier¹² définissent le tableau de bord de pilotage comme *"un outil à la disposition d'un responsable ou de son équipe pour prendre des décisions et agir en vue de l'atteinte d'un but qui concourt à la réalisation d'objectifs stratégiques"*. Ils considèrent que c'est un outil d'aide au management pour :

- Piloter, c'est-à-dire orienter les évolutions et les effets du fonctionnement d'un système ;
- Animer une équipe en développant une réflexion collective ;
- Organiser, dans le but d'utiliser au mieux des ressources.

Pour René Demeestère¹³, le tableau de bord regroupe les indicateurs se rapportant à une même entité (un centre de responsabilité, un projet, un processus...) et remplit plusieurs fonctions : suivi de l'activité et des projets, évaluation des résultats, alerte et aide au diagnostic.

La démarche de pilotage engagée par l'AP-HP avec la mise en place du tableau de bord stratégique repose sur une nouvelle méthode de production des résultats chiffrés. Fondée

¹² Daniel Boix, formateur et conseil spécialisé en organisation et management, dirige la société QEREN Conseil à Paris. Bernard Féminier, formateur et consultant en organisation et management, dirige le cabinet Bernard Féminier Consultants à Paris. Il conseille des dirigeants d'entreprises et de collectivités territoriales sur le pilotage de leurs stratégies et anime un réseau de consultants.

¹³ René DEMEESTERE, professeur à l'ESSEC

sur un socle commun, enrichie des indicateurs liés aux objectifs prioritaires de la structure, mise en rapport avec une cible et réunissant sur un même document tous les résultats, la maquette « quatre cadrans » s'inspire de la théorie du « Balanced Scorecard ».

1.3.1. Au cœur de la méthodologie de l'AP-HP : le choix partagé d'indicateurs précisément définis et la détermination de valeurs cibles

Consciente des enjeux de la nouvelle gouvernance et du plan stratégique 2005-2009 ainsi que des besoins immédiats de pilotage liés à ses nouveaux projets, l'AP-HP s'est engagée dès 2005 dans la construction d'instruments de mesure cohérents entre eux, permettant aux décideurs (pôle, hôpital, siège) d'évaluer leur performance par rapport à leurs objectifs et de se comparer à leur environnement afin de les aider à prendre des décisions.

A. L'expression de besoins et la définition d'une liste d'indicateurs dont des socles communs

- ***Au niveau du siège de l'AP-HP***

La première étape de la réflexion à l'AP-HP a consisté à établir, au sein de groupes de travail associant des professionnels de santé aux directions fonctionnelles du siège, une liste d'indicateurs, définie notamment à partir du plan stratégique de l'AP-HP, des impératifs de la tarification à l'activité et de suivi de l'EPRD ainsi que de la certification et des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

Les membres de ces groupes de travail, composés notamment des référents tableaux de bord des établissements expérimentateurs, avaient à l'esprit que les indicateurs traditionnellement présentés aux utilisateurs, comme le nombre de journées réalisées ou le taux d'occupation des lits, étaient souvent beaucoup trop généraux et fort éloignés de leurs préoccupations et de leurs moyens d'action. Les tableaux de bord ainsi construits étaient purement et simplement inutiles. Cela notamment du fait que, ne disposant pas du levier de commande pour agir, l'indicateur était jugé comme inutilisable.

Ces professionnels ont ainsi développé une approche nouvelle : au lieu de définir les objectifs à atteindre comme autant d'obstacles à franchir, l'indicateur servant alors de mesure officielle de la performance personnelle, ils ont mobilisé leur réflexion autour des dysfonctionnements récurrents observés dans la prise en charge du patient et des grands

projets stratégiques pour l'avenir de l'AP-HP. A défaut, la conclusion de leur travail aurait pu se placer dans la continuité de l'utilisation non optimale du tableau de bord. En effet, il ne faut pas considérer un objectif comme la barre de saut d'un perchiste placée toujours plus haut par la direction. Il ne faut pas non plus considérer l'indicateur comme un compteur de points acquis. Un indicateur doit rester un outil d'aide à la décision. Il permet de s'assurer que les actions engagées s'inscrivent bien dans la voie du progrès choisie.

Les travaux de ces groupes ont abouti à une liste de 350 indicateurs, proposés aux établissements de l'AP-HP. Au sein de cette liste, certains objectifs dits « invariants » constituent le « socle commun » et s'imposent aux établissements. Ils sont censés figurer aux tableaux de bord des conseils exécutifs locaux et des pôles. Ce socle d'indicateurs communs permet le dialogue de gestion vertical et les comparaisons transversales (établissement, pôles, spécialités médicales). Il appartient ensuite à chaque niveau de responsabilité d'enrichir ce socle commun par des indicateurs reflétant les problématiques spécifiques à l'établissement ou au pôle, au suivi de ses projets ou de son contrat d'activité...

- ***La méthodologie proposée aux établissements de l'AP-HP***

La notion de tableau de bord stratégique et ses particularités ont donné lieu à des formations des trios¹⁴ exécutifs de pôle dans le cadre d'une formation plus large à la nouvelle gouvernance et à des formations ciblées pour les cadres administratifs de pôle.

La méthodologie de qualité diffusée dans ces formations, mérite d'être présentée en détail. Elle repose sur 5 étapes :

1^{ère} étape - Identifier la structuration des responsabilités

Le tableau de bord doit intégrer dès sa conception les modes d'organisation et définir les rôles respectifs des différentes structures intervenant dans l'hôpital. La démarche consiste en une identification rigoureuse des responsabilités de chaque structure : le siège de l'AP-HP, la direction de l'hôpital et les pôles ainsi que du périmètre d'activité, en identifiant les rôles d'offres de services et d'offres de soins. Par exemple, pour être pertinent, le suivi d'objectifs de consommation des actes du plateau médico-technique doit figurer au tableau de bord des pôles cliniques et non à celui du pôle plateau médico-technique, les cliniciens étant les prescripteurs de ces actes.

¹⁴ Les « trios » de pôle désignent à l'AP-HP l'équipe du pôle constituée du responsable de pôle, du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif de pôle

2^{ème} étape - Définir les points clés de la gestion

A ce stade, la démarche consiste à identifier les points-clés de gestion, les sujets, critiques pour l'hôpital et les pôles, à rechercher et à hiérarchiser les variables significatives de la gestion. La définition des enjeux et des défis majeurs pour l'entité, en concertation entre les directions fonctionnelles et les futurs utilisateurs du tableau de bord, permet, la plupart du temps, d'obtenir leur adhésion aux critères d'évaluation. La démarche s'appuie également sur les objectifs d'activité, le projet d'établissement et les contrats de pôle.

3^{ème} étape - Sélectionner les indicateurs et les valeurs cibles pour réaliser les maquettes de tableau de bord

Il s'agit ici de définir chaque point critique devant faire l'objet d'un suivi en un nombre volontairement limité d'indicateurs clairement définis et pertinents. Pour faciliter le travail, l'on peut rappeler qu'il a été proposé aux établissements de l'AP-HP d'identifier dans un catalogue, outre les indicateurs prescrits par le siège, ceux appropriés à leur situation particulière ou aux spécificités d'un pôle. Ce catalogue n'est pas exclusif, les établissements ayant toute liberté pour en définir de nouveaux. De même, il est essentiel de fixer les définitions partagées des indicateurs. En effet, la plupart des discussions autour des différences de chiffres et de résultats sont liées à des règles de gestion et à des interprétations différentes entre utilisateurs. Des fiches de définitions détaillées des indicateurs du socle commun comportant une règle de gestion et une méthode de calcul détaillées sont donc accessibles sur un site intranet de l'AP-HP.

La cible est l'objectif chiffré qui fera de l'indicateur un outil décisionnel. Elle doit être suffisamment ambitieuse pour servir d'outil de motivation, et suffisamment réaliste pour être atteignable, ce qui implique de connaître l'antériorité de la situation des activités du pôle et d'avoir conduit un diagnostic pour évaluer ses possibilités d'évolution.

Il faut noter que tous les indicateurs ne sont pas assortis de valeurs cible. Ainsi l'indicateur relatif aux déclarations d'événement indésirable peut-il difficilement faire l'objet d'une valeur cible. En effet, que conclure face à une hausse des déclarations ? Que le nombre d'événements indésirables est en augmentation ou que le nombre de déclaration progresse tandis que le nombre d'incidents reste stable ? De la réponse apportée à cette question découleront des conséquences différentes et des pistes de travail distinctes.

4^{ème} étape - Tester et valider le tableau de bord

Afin de juger de la pertinence et de l'efficacité de chaque indicateur, une période de test est nécessaire avant la validation définitive du tableau de bord. L'évaluation doit porter sur

la pertinence de son contenu par rapport aux objectifs de pilotage, sur sa fiabilité et sur la facilité avec laquelle les utilisateurs peuvent l'interpréter. Souvent, un indicateur n'est finalement pas retenu du fait de l'absence de système d'information adapté, rendant l'indicateur indisponible, non exhaustif, ou difficile à collecter dans des délais compatibles avec la publication du tableau de bord. Cette période de rodage doit également offrir une occasion d'évaluer la pertinence de la corrélation du choix des indicateurs avec les objectifs, d'envisager l'élimination des indicateurs redondants ou la nécessité d'en créer de nouveaux.

5ème étape - Diffuser et accompagner les tableaux de bord

La dernière étape consiste à mener les actions d'information et de formation et à organiser et animer des réunions d'analyse du tableau de bord. Il convient également de maintenir et de réévaluer régulièrement le tableau de bord défini.

B. Une maquette de tableau de bord « 4 cadrans » construite sur le modèle du « Balanced Scorecard » et généralisée suite à une période d'expérimentation

▪ Le modèle du « Balanced Scorecard »

Depuis 15 ans déjà, le Balanced Scorecard (ou « tableau de bord équilibré ») de Robert S. Kaplan et David Norton¹⁵ s'est imposé comme un outil incontournable de la bonne gouvernance d'entreprise. Leur méthode de conception d'un tableau de bord prospectif, qui s'inspire des travaux de Michael Porter relatifs à la chaîne de valeur dans l'entreprise, repose sur un système équilibré entre des indicateurs financiers et non financiers, des indicateurs à court et long terme et des indicateurs de processus et de résultats.

Les travaux de Thierry Nobre¹⁶ ont introduit en 2001 la notion de tableau de bord prospectif dans le secteur hospitalier, traduction française de la méthodologie exposée par Kaplan et Norton. Il montrait que l'utilisation des tableaux de bord était amenée à connaître un développement important dans les années à venir, du fait du passage de la logique budgétaire à une logique de pilotage effectif de la performance favorisé par les réformes hospitalières.

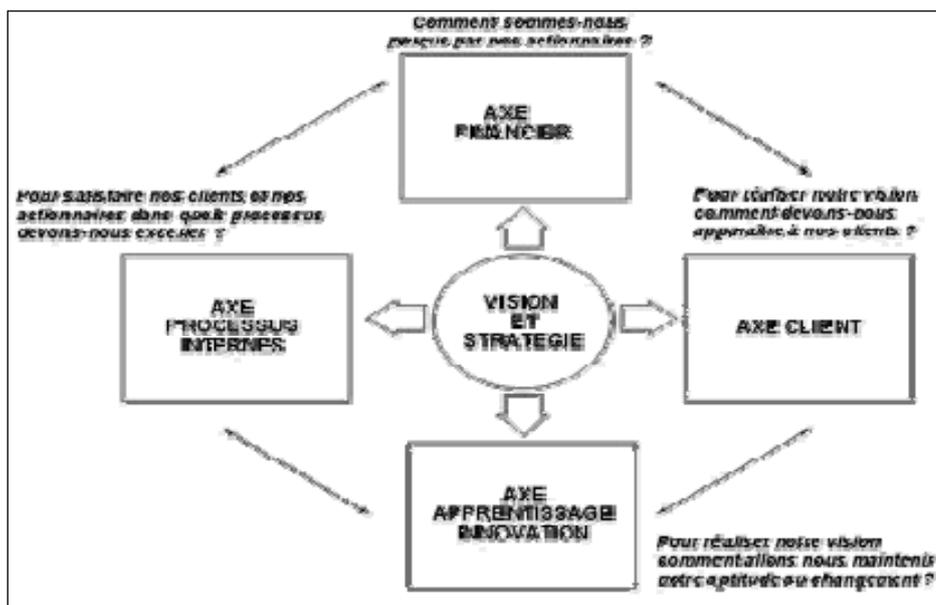
¹⁵ Robert S. KAPLAN et David P. NORTON « Le tableau de bord prospectif », mai 2003 ; Editions d'organisation.

¹⁶ T. NOBRE « Quel tableau de bord pour l'hôpital », 2001

La méthode du «Balanced Scorecard» consiste en une présentation simultanée des indicateurs qui permet de mettre en évidence les relations de cause à effet qui les relient entre eux. Les indicateurs proposés s'intéressent aux clients, aux processus internes, aux résultats financiers et budgétaires et à l'apprentissage organisationnel. Les quatre axes doivent donner lieu à une lecture interactive, sans quoi la vision stratégique serait faussée. Par exemple, le fait qu'un établissement respecte ses prévisions d'activité et donc de recettes est un élément qui doit être corrélé avec le niveau de dépenses de personnel. En effet, une forte activité peut cacher le recours massif à du personnel intérimaire pour éviter les fermetures de lits et donc un niveau de dépenses dépassant les prévisions.

Ces axes de réflexion permettent d'établir une démarche de pilotage, dont la première est une étape de clarification de la stratégie, qui se traduira en objectifs et en indicateurs prioritaires. Il s'agit avant tout de travailler sur le projet d'établissement et sur les dysfonctionnements observés dans l'organisation de la prise en charge du patient pour ensuite définir des indicateurs pertinents pour évaluer les améliorations à apporter.

La carte stratégique



Source : Robert S. KAPLAN et David P. NORTON

Des liens entre les indicateurs permettent d'affiner la prise de décision en prenant en compte les différents facteurs du phénomène observé. Par exemple, l'augmentation des dépenses de médicaments, suivi dans un cadran, peut s'expliquer par une augmentation d'activité globale ou par celle d'un pôle particulier, indicateur suivi dans un autre cadran. Ainsi le tableau de bord équilibré repose sur l'hypothèse fondamentale suivante : aucune dimension ne devrait être examinée sans tenir compte des autres.

Le modèle Balanced Scorecard a donné lieu à des déclinaisons, comme celui des quatre « missions de la fonction RH » selon David Ulrich : expert administratif, champion des salariés, agent du changement et partenaire stratégique, donnant lieu à un tableau de bord applicable à certains contextes, comme la négociation d'un virage stratégique ou la mise à plat des processus de gestion. La plupart des axes d'ULRICH trouvent leur expression sous forme de critères appropriés et relativement aisés à renseigner, par exemple l'évolution des coûts et des délais, la participation des opérateurs aux formations qualifiantes ou encore l'évolution du système de paie.

▪ **La maquette « quatre cadrans »**

Le pilotage s'appuie sur l'utilisation d'un tableau de bord informatisé qui permet d'objectiver les réalisations et de suivre les priorités au travers d'indicateurs. La fréquence de production du tableau de bord est mensuelle tant au niveau central qu'au niveau des établissements, et mensuelle ou trimestrielle au niveau des pôles.

Sur le modèle du Balanced Scorecard, la maquette construite par l'AP-HP repose sur quatre cadrans :

- **Activité** : données des urgences, du PMSI et des taux d'occupation des lits ;
- **Attractivité – qualité – risques** : indicateurs de patientèle, suivi des ressources humaines, indicateurs concernant la qualité ;
- **Efficience** : suivi des contrats d'activité, recettes théoriques, dépenses, performance de la facturation et du recouvrement, taux d'exhaustivité du codage PMSI ;
- **Projets** : suivi de l'avancement des projets immobiliers, informatiques, taux de réussite aux VAE, ...

Détaillons l'exemple de la maquette du tableau de bord du Conseil exécutif de l'AP-HP présentée ci-après : à gauche de chaque cadran apparaissent les indicateurs, regroupés par grandes thématiques (ex. taux d'évolution des séjours MCO détaillé en trois indicateurs : taux d'évolution de tous les séjours MCO, des séjours d'hospitalisation complète et des séjours d'hospitalisation partielle). A chaque indicateur correspondent cinq colonnes :

En premier apparaît un pavé de couleur verte, orange ou rouge, traduisant la tendance observée, puis quatre données chiffrées :

- Le résultat au mois considéré, en cumul depuis le 1^{er} janvier ;
- La cible pour l'année en cours, lorsqu'elle a pu être définie ;
- Le résultat à la même période de l'année précédente ;
- Eventuellement, l'écart entre les résultats de l'année en cours et ceux de l'année précédente.

Cadran Activité

	Situation / Cible	Réalisé Mai 2008	Cible 2008	Réalisé Mai 2007	Ecart 08-07
Urgences					
Taux d'évolution du nombre de passages aux urgences (cumul)		+3,5%		+4,1%	
Taux de transferts à partir des urgences par manque de place ou indisponibilité des équipes hospitalières % cumulé de séjours en UHCD > 1 nuit (cumul)		5,1%	<5%	+5,6%	
		5,3%	<5%	+6,2%	-0,9%
Taux d'évolution des séjours MCO					
Tx d'évol* de tous les séjours MCO : H. complète et partielle, y c. séances, (cumul)		+3,0%		-1,2%	
Taux d'évolution des séjours dans les structures d'H. complète (cumul)		+1,7%	+1,97%	+0,6%	
Taux d'évolution des séjours dans les structures d'H. partielle (cumul)		+4,3%	+4,17%	-2,9%	
Structures d'hospitalisation complète (HC)					
Taux d'évolution du nombre de séjours > 1 nuit (% cumul)		+1,5%		+0,8%	
Taux d'évolution du nombre de séjours de 0 nuit et 1 nuit (cumul)		+2,5%		-0,1%	
Part des séjours 0 nuit en HC (cumul)		6,8%		6,9%	-0,1%
Part des séjours 1 nuit en HC (cumul)		15,7%		15,4%	+0,3%
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux > 1 nuit (cumul)		-1,0%		0,4%	
Part des séjours 0 nuit pour les séjours chirurgicaux en HC (cumul)		3,3%		3,7%	
Part des séjours 1 nuit pour les séjours chirurgicaux en HC (cumul)		10,8%		10,6%	
Taux de patients hospitalisés pris en charge au titre de la CMU		ND		ND	
Taux d'évolution du nombre de séances (cumul)		+8,1%		-3,3%	
Structures d'hospitalisation partielle du nb de séjours chirurgicaux ambulatoires (% en GHM, cumul)		+12,2%		5,2%	
<i>N.B. les données issues du PMSI MCO ne sont plus corrigées du défaut d'exhaustivité du codage</i>					
SSR					
Taux d'évol du nb de séj en SSR (date, cumul, non corrigé de l'exhaustivité)		ND		ND	
Taux de séjours pris en charge en aval d'un hôpital AP-HP (% cumul)		ND	80%	ND	
Taux d'évolution du nombre de journées		+2,6%		+4,2%	
HAD					
Capacités de prise en charge					
Nb de lits ouverts (moyenne observée sur le mois) MCO		11 753		11 701	+52
SSR		4 383		4 188	+195
SLD		3 812		3 924	-12
TOB MCO (%) (mensuel)		79,8%		81,0%	
TOB SSR (%) (mensuel)		88,7%		92,5%	
TOB SLD (%) (mensuel)		99,0%		98,0%	
Taux d'occupation cumulé de la capacité autorisée SLD (%)		99,0%		98,0%	
Taux d'évolution cumulé du nombre de B et de BHN prescrits pour patients hospitalisés en MCO					
Plateaux techniques : actes de biologie effectués pour les patients hospitalisés en MCO (trimestriel)					
Taux d'évolution cumulé du nombre d'actes pour patients hospitalisés en MCO					
Taux d'évolution cumulé du nombre d'actes Scanner, IRM, TEP et gamma caméra prescrits pour patients hospitalisés en MCO : voir fiche de détail					

Cadran Attractivité / Qualité / Risques

	Situation / Cible	Réalisé Mai 2008	Cible 2008	Réalisé Mai 2007	Ecart 08-07
Patientèle					
Proportion de patients âgés de 75 ans et plus (en HC > 1 nuit)		17,4%		16,8%	0,6%
Attractivité-Prise en charge					
Taux de délai de passage aux urgences inférieur à 4h		70%		70%	0,0%
Personnel					
Taux d'évol* de l'effectif total du PNM permanent (en %, tous budgets cumulés)		0,1%		272	-132
Effectifs personnel hospitalier (en équivalents temps plein, ETP)		53232	53504	176	-28
dont infirmiers diplômés d'Etat		16873	17049	5	11
dont infirmiers de bloc opératoire		530	535	6	27
dont infirmiers anesthésistes		696	702	4	11
dont manipulateurs radio		1249	1253		
Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire (nbr de j d'absence pour 100 jours calendaires)		3,33			0,41
dont arrêts inférieurs à 6 jours		0,61			0,04
Solde estimé des repos dus en fin d'année		993	880		
Nb de départs médecins titulaires pour démission*, mob**, détach*		67			66

Source : Tableau de bord de mai 2008 du Conseil exécutif de l'AP-HP

Cadran Efficience

	Situation / Cible	Réalisé Mai 2008	Cible 2008	Réalisé Mai 2007	Ecart 08-07
Respect du contrat d'activité					
Nb d'hôpitaux MCO respectant leur contrat d'activité en hospi complète (cumul)		12/23	23/23	8/23	
Nb d'hôpitaux MCO respectant leur contrat d'activité en hospi partielle (cumul)		12/23	23/23	4/23	
Nombre d'hôpitaux SSR respectant leur contrat d'activité (cumul)		5/14	14/14	ND	
Nombre d'hôpitaux SLD respectant leur contrat d'activité (cumul)		7/12	12/12	ND	
Taux de réalisation du contrat de plan équilibre à fin mai 2008 (cumul)		ND		26%	
<i>(cible = prorata temporis)</i>					
Equilibre budgétaire					
Ecart recettes-dépenses réalisé (quadrimestriel)		-1,1%	0	ND	
Montant des dépenses (en millions d'euro)					
Montant des dépenses de personnel, titre 1 (millions d'euro, cumul)		2 599	2 568	2 454	#DIV/0!
dont charges spécifiques au PM (millions d'euros, cumul)		1 579	1 585		
dont charges spécifiques au PNM (millions d'euros, cumul)		355	358		
Montant des dépenses médicales, titre 2 (millions d'euro, cumul)		1 224	1 227		
dont médicaments non facturables en sus (millions d'euro, cumul)		532	501	486	9,6%
dont rétrocessions, médicaments et DMI sur liste T2A (millions d'euro, cumul)		116	101	111	
Montant des dépenses hôlières et générales, titre 3 (millions d'euro, cumul)		241	237	212	13,9%
Montant des dépenses de titre 4 (chapitre 67, millions d'euro, cumul)		243	217	220	10,6%
Recettes (en millions d'euro)					
Recettes de titre 1 : produits versés par l'assurance maladie (cumul)		2 004	2 014	1 922,0	
dont recettes externes (cumul)		102		95	+6,8
Recettes de titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (patients & mutuelles, cumul)		241	240	220,0	
Recettes de titre 3 : autres produits de l'activité hospitalière (recettes subsidiaires, cumul)		324	342	253,0	
Valorisation théorique des recettes liées à l'activité (données e-PMSI)					
Valorisation T2A des recettes de l'hospitalisation à domicile (cumul)		19		27	-8,6
Valorisation T2A de l'activité MCO (cumul)		1 094		1 075	+19,7
Taux de recouvrement des prestations hospitalières hors comptant-année courante					
Situation de la facturation à l'assurance maladie		52,7%		53,8%	
% de séjours non facturables à l'assurance maladie		4,9		4,5	+0,5
% de dossiers en attente d'information sur les droits des patients		2,4		3,7	-1,4
% de séjours en attente de taux de prise en charge des patients		0,9		1,5	-0,6
Qualité du codage du PMSI MCO et de la facturation					
Taux cumulé d'exhaustivité du codage (%), à +15j, en HC		99,1%		99,2%	
Taux d'évolution des recettes de médicaments T2A		9,2%			
Part des titres de recettes relatives à des séjours MCO, facturés dans un délai > 30 jours après la sortie du patient		31,9%		41,3%	

Cadran Projets

	Situation / Cible	Réalisé Mai 2008	Cible 2008	Ecart 08-07
Amélioration de l'organisation				
Imagerie				
Imagerie		ND		ND
Imagerie		ND		ND
Imagerie		ND		ND
Imagerie		ND		ND
Cancre				
Cancre		ND		ND
Cancre		ND		ND
Réseaux				
Réseaux		ND		ND
Réseaux		ND		ND
Laboratoires				
Laboratoires		ND		ND
Laboratoires		ND		ND
Nb de grands projets immobiliers réalisés dans les délais				
Projets du plan stratégique				
Fermeture de lits SLD : nb de lits en cours de fermeture (plan strat.)		14		ND
Effectifs SLD concernés		ND		ND
Ouverture : nb de lits SSR		4		ND
Effectifs SSR concernés		ND		ND
Projet identitovigilance				
Taux de doublons pour les patients		0,18%		

C. L'entrepôt de données partagées

La généralisation des tableaux de bord aux trois niveaux de structures et de responsabilité (direction centrale, direction des hôpitaux et pôle) s'est accompagnée du développement d'une base de données informatique, « l'entrepôt de données partagées » (EDP), ouvert à tous et rassemblant des données issues du système d'information actuel de l'AP-HP, dont il faut souligner la complexité. Les différents outils du système d'information actuel de l'AP-HP alimentent un infocentre central, peu convivial, son ergonomie le rendant complexe d'utilisation et peu intuitif. Le choix a été fait d'en extraire toutes les données utiles aux tableaux de bord pour les faire figurer dans une base de données dédiée.

Un logiciel de restitution permet d'éditer très facilement et sans formation particulière des rapports prédéfinis, qui s'adressent principalement aux décideurs. Cet outil permet également d'élaborer des rapports spécifiques, simples ou plus complexes, pour calculer des indicateurs particuliers. Ce niveau s'adresse notamment aux contrôleurs de gestion, aux cadres administratifs de pôles, aux médecins responsable du département de l'information médicale, ...

Cet entrepôt de données fonctionne sur un principe de transparence, chaque utilisateur ayant accès à tout type d'information et à toutes les données de l'AP-HP, ce qui permet la comparaison avec les structures proches (service, pôles, spécialité médicale).

Actuellement le périmètre de l'entrepôt de données partagées couvre l'activité des urgences et du PMSI, la valorisation de l'activité, les actes, les médicaments et dispositifs médicaux implantables dits « T2A », la situation administrative (lits, journées) et les ressources humaines (effectifs, dépenses).

D. Un bilan mitigé

Après une phase d'expérimentation en 2006 sur quelques établissements, dont l'hôpital Saint-Antoine, et au niveau du siège de l'AP-HP, la démarche a été généralisée en 2007 à tous les établissements de l'AP-HP puis à tous les pôles.

Au niveau du siège de l'AP-HP, le tableau de bord du Conseil exécutif est produit depuis octobre 2005. Son contenu et sa présentation ont évolué (ordre de présentation des indicateurs, nouveaux indicateurs, ...) pour obtenir une synthèse mensuelle comportant les données clés. Chaque indicateur est rapproché d'un objectif et d'une indication sur le

résultat réalisé l'année antérieure. Par ailleurs, des fiches d'approfondissement détaillées par hôpital sont produites en routine et complètent l'information. Des indicateurs semestriels, voire annuels, ont été définis pour les aspects non pertinents à suivre mensuellement, mais essentiels au pilotage, notamment ceux en lien avec la qualité et les projets. Enfin, le tableau de bord présenté au Conseil exécutif de l'AP-HP est désormais accompagné d'un diaporama de commentaires, dont nous verrons ultérieurement qu'il constitue un outil particulièrement intéressant dans la recherche d'explications et dans la prise de décision.

Au niveau des établissements, les tableaux de bord sont actuellement produits en routine, sauf pour les petits établissements de soins de suite. Une enquête a été réalisée en mai 2008 auprès des cadres administratifs de pôle. Elle montre que la mise en place de tableaux de bord au niveau des pôles est en cours. Les maquettes sont le plus souvent élaborées et une alimentation, certes souvent partielle, est réalisée.

Les principales difficultés relevées dans cette enquête montrent que le renseignement des tableaux de bord de pôle est encore récent. Peu d'objectifs font l'objet d'une traduction chiffrée. Le système d'information paraît insuffisant pour renseigner une partie des indicateurs. Enfin, les actions en retour ou les mesures correctives sont pour l'instant rarement mises en œuvre.

Les points positifs tiennent à la clarification des objectifs et des enjeux, notamment ceux de la tarification à l'activité. De même, la mise à disposition de données issues de tous les établissements de l'AP-HP à tous les niveaux apparaît-elle comme un élément de satisfaction des utilisateurs. Le tableau de bord facilite le dialogue de gestion et permet, dans certains établissements, un engagement fort sur l'amélioration des processus internes.

* * *

La première partie de ce mémoire a montré à quel point la construction et la définition des indicateurs des tableaux de bord constituaient un moment essentiel dans lequel doivent s'investir les futurs utilisateurs, chefs d'établissement, équipes de directions, responsables de pôle. Le risque étant, s'il n'est pas pris en compte, de ne pas satisfaire leur besoin en informations utiles au pilotage.

Il s'agit, dans la seconde partie de ce travail, de voir comment le tableau de bord développé à l'hôpital Saint-Antoine constitue un outil favorisant l'intégration de la notion de performance dans les pratiques quotidiennes ainsi que la manière dont il est utilisé comme instrument d'aide à la prise de décision.

2. L'exemple de l'hôpital Saint-Antoine : l'appropriation du tableau de bord par ses utilisateurs comme condition essentielle à la bonne intégration de la notion performance dans les pratiques quotidiennes

Se questionner sur sa contribution à la performance de l'établissement devient, sinon une évidence, du moins un élément au cœur de l'évaluation des directeurs d'hôpital. Comment alors mesurer sa participation à celle-ci ? De même, les responsables de pôle sont aujourd'hui appelés à objectiver les résultats de leur structure par rapport à ceux de l'établissement.

Le tableau de bord de l'hôpital Saint-Antoine est produit de manière complète chaque mois depuis plus d'un an. Si la dynamique est bien lancée au niveau institutionnel, son appropriation par les acteurs des pôles reste à améliorer. Des exemples d'autres établissements appartenant ou non à l'AP-HP viendront également illustrer notre propos et montrer l'intérêt que peut présenter un tableau de bord stratégique, dès lors que, comme à l'hôpital Saint-Antoine, il est utilisé comme un outil venant en appui à la prise de décision et au pilotage de l'établissement et des pôles. Enfin, un regard sur l'entreprise, qui nous a transmis ses méthodes en termes de tableaux de bord notamment, apparaissait incontournable.

2.1. Une dynamique qui repose sur un engagement fort de la Direction de l'hôpital Saint-Antoine pour faire du tableau de bord un outil d'aide à la prise de décision

L'hôpital Saint-Antoine s'est pleinement engagé dans la mise en œuvre des réformes hospitalières. La réflexion sur la mise en place des pôles a été lancée dès janvier 2004. L'organisation en 7 pôles a été approuvée par le Comité stratégique de l'AP-HP le 6 avril 2005 et par le Conseil d'administration de l'AP-HP le 16 décembre 2005. Les pôles ont été effectivement mis en place en janvier 2007. Les sept contrats de pôles ont été signés le 8 mars 2007 et renouvelés pour trois ans en avril 2008.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la Directrice de l'hôpital Saint-Antoine s'est portée volontaire pour participer à la construction du tableau de bord stratégique de l'AP-HP et a

ainsi fait partie des cinq établissements¹⁷ précurseurs dans cette démarche. Le rôle du chef d'établissement est en effet essentiel pour voir aboutir la maquette du tableau de bord stratégique et l'imposer comme outil d'aide à la décision au sein du Conseil exécutif.

La « référente tableau de bord¹⁸ » de l'hôpital Saint-Antoine, devenue aujourd'hui cadre administratif de pôle, estime que le fait d'appartenir au groupe expérimentateur a constitué une opportunité. Les établissements qui n'ont pas participé à ce travail en amont ont aujourd'hui de grandes difficultés à imposer la construction de cet outil comme une priorité des conseils exécutifs locaux. Elle évoque le fait qu'au début des travaux, les outils de pilotage étaient peu intégrés à la culture des professionnels de l'AP-HP. Chacun avait une lecture très différente de la finalité de ces outils nouveaux dans leur paysage. Elle estime que le fait d'avoir pu aboutir à une définition partagée des indicateurs est une véritable avancée qui permet de mesurer la performance sur une base concertée et de faire cesser les débats stériles autour des chiffres, de leurs sources et de leur mode calcul.

Des exemples d'utilisation du tableau de bord de l'hôpital Saint-Antoine par son Conseil exécutif montrent qu'il est de plus en plus régulièrement utilisé comme un outil d'aide à la décision permettant de dégager une stratégie sinon consensuelle, au moins partagée au sein de cette instance. En revanche, au niveau des pôles, les tableaux de bord sont aujourd'hui insuffisamment exploités, ce qui s'explique par leur récente mise en œuvre opérationnelle par ces structures. Cela pourrait également révéler l'insuffisante appropriation tant par le responsable de pôle que par les membres du bureau de pôle, de l'outil et des enjeux qu'il peut mettre en lumière pour l'avenir.

¹⁷ HEGP, Jean Verdier, Paul Brousse, Saint Antoine et Tenon

¹⁸ Alexandra Lamper Ligonesche, cadre administratif du pôle oncologie-hématologie.

Cadran Activité

	Situation / Cible	Réalisé avril 08	Cible avril 08	Réalisé avril 07	Écart 08-07
Urgences					
Nombre de passages aux urgences		3674		3 909	
Taux d'évolution cumulée du nombre de passages aux urgences		0,7%		0,7%	
Taux de recrutement tous services à partir des Urgences		33,1%		32,1%	
Taux de recrutement en orthopédie à partir des Urgences		27,5%		27,8%	
Taux de transferts à partir du SAU par manque de place		7,7%		8,8%	
Taux de transferts en orthopédie à partir du SAU par manque de place		23,3%		20,6%	
Taux d'évolution de l'activité des pôles					
Taux d'évolution de l'activité des pôles cliniques					
Pôle Urgences & Médecines d'aval généraliste HC		21,7%	1,3%	8,2%	543
Pôle Urgences & Médecines d'aval généraliste HDJ		-43,0%	0,0%	12,8%	-77
Psychiatrie HC (en journées)		1297	-6,7%	1548	-16,1%
Psychiatrie HDJ (en journées)		264	6,3%	216	22%
Pôle Digestif et DAR HC		-3,5%	0,9%	1,9%	-76
Pôle Digestif et DAR HDJ		76,5%	48,3%	-3,1%	618
Pôle Os & Articulations HC		-13,8%	0,3%	-14,4%	-222
Pôle Os & Articulations HDJ		170,6%	49,9%	-16,3%	430
Pôle Médecines spécialisées HC		-0,5%	0,3%	7,5%	-9
Pôle Médecines spécialisées HDJ		32,3%	13,9%	-36,1%	326
Pôle Cancéro-Hématologie HC		12,3%	10,4%	-1,6%	106
Pôle Cancéro-Hématologie HDJ		-4,5%	0,0%	-4,6%	-158
Pôle Gynécologie-Endocrinologie-Obstétrique (GEO) HC		-1,8%	0,2%	3,9%	-43
Pôle Gynécologie-Endocrinologie-Obstétrique (GEO) HDJ		-8,8%	0,0%	25,2%	-72
Taux d'évolution des actes réalisés par le pôle Biologie-Imagerie					
Taux d'évolution des actes de biologie				4,58%	
Taux d'évolution des actes d'imagerie				-4,06%	
Structures d'hospitalisation complète (HC)					
Taux d'évolution du nombre de séjours > 1 nuit		0,0%		1,8%	-3
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux > 1 nuit (% en GHM)		-3,1%		-5,2%	-55
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux < 2 nuits (% en GHM)		-19,4%		-17,8%	
Part des séjours chirurgicaux 0 nuit en HC		8,3%	5%	10,2%	
Part des séjours chirurgicaux 1 nuit en HC		16,4%		18,0%	
Score de complexité sociale		2,66		3,11	
Nb patients médicalement sortant, en attente d'une solution de sortie depuis + de 15 jrs		12		9	
Structures d'hospitalisation partielle					
Taux d'évolution du nombre de séances		9,4%		-5,4%	
Taux d'évolution du nombre de séjours hôpital de jour (hors séances)		25,2%		-13,9%	
Capacités de prise en charge					
Nb de lits ouverts (moyenne observée sur le mois)	MCO	616		700	
Taux d'occupation officiel (%)	MCO	82,70%		84,60%	

Cadran Efficience

	Situation / Cible	Réalisé avril 08	Cible 08	Réalisé avril 07	Écart 08-07
Respect du contrat d'activité					
Taux d'évolution des séjours en Hospitalisation Complète		2,9%	1,5%	0,1%	399
Taux d'évolution des séjours en Hospitalisation Partielle		16,2%	10,1%	-8,6%	1067
Taux de réalisation du contrat de plan Équilibre (cible = prorata temporis)					
Performance (indicateurs trimestriels)		33,33%	100%	33,33%	
Index de performance de la durée des séjours MCO > 1 nuit					
VMCT des séjours > 1 nuit		1 096		1 092	
Nb de B réalisées pour les patients hospitalisés / nb de séjours PMSI MCO		4 772		4 972	
Montant des dépenses					
Montant des dépenses de personnel, Groupe 1		76 182 143	74 285 701	71 957 199	5,9%
dont PM		51 385 422	50 395 963	50 676 816	1,4%
dont PNM		12 249 579	11 838 156	12 124 122	1%
Part liée aux heures supplémentaires cumulées		39 135 843	38 567 807	38 552 694	1,5%
Prévision de dépenses d'intérim cumulées		296 572		187 877	58,9%
Nombre de missions d'intérim du mois précédent facturé (indicateur mensuel)		281			
Montant des dépenses médicales, Groupe 2					
dont médicaments hors T2A, hors rétrocessions		18 499 986	17 650 926	16 624 447	11,3%
dont médicaments et DMI T2A		2 553 484		2 244 490	13,8%
Montant des dépenses d'examen externes (réalisés hors APHP)		6 183 004	6 201 692	4 939 841	25,2%
Montant dépenses hôtelières et générales, Groupe 3		640 523	496 179	511 811	25,1%
Contrat de Bon Usage (indicateur mensuel)					
Taux d'appariement des médicaments T2A			100%		
Taux d'appariement des DMI T2A			100%		
Recettes consolidées par trimestre					
Recettes de titre II : Patients & Mutuelles					
Recettes de titre III : Recettes subsidiaires		3 518 015		2 957 986	18,9%
dont médicaments rétrocédés		4 957 934		4 716 581	5,12%
dont PIH		2 989 953		2 748 412	5,15%
Recettes théoriques liées à l'activité sur 100% T2A					
Recettes théoriques d'hospitalisation MCO (GHS de base, hors suppléments)		501 473			
Suppléments		38 143 902		38 005 224	0,4%
Recettes externes		6 518 315		7 173 608	-9,1%
Nombre de séjours en attente de facturation		1 058 778		897 121	18,0%
Valorisation théorique des séjours en attente de facturation		2 938			
Délai de facturation (en jours)		11 274 845			
Recherche (indicateur trimestriel)					
Taux de publications validées manuellement (SIGAPS)		91%	100%		
Codage du PMSI MCO					
Taux d'exhaustivité cumulé du codage (%) en HC		99,5%			
Taux d'exhaustivité cumulé du codage (%) en HDJ		98,5%			
Taux de séjours avec CMA		-41%		41%	
Valorisation théorique des séjours bloqués					

Cadran Attractivité / Qualité / Risques

	Situation / Cible	Réalisé avril 08	Cible avril 08	Vacants	Réalisé avril 07
Personnel					
Taux de couverture des postes		98,68%	100%		98,77%
Taux de vacance		-3,34%		-94,33	-3,23%
dont infirmiers diplômés d'Etat (cumul IDE, IBODE, IADE, Puer)		-5,69%		-46,85	-0,78%
dont infirmiers de bloc opératoire		-44,10%		-17,2	-40,26%
dont aides-soignants		0,44%		3,05	-0,46%
dont manipulateurs radio		-9,25%		-4,30	-7,74%
Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, arrêts < 6 jours (%)		0,57%			0,45%
Taux d'évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, arrêts < 6 jours (%)		27,40%			
Gestion de la qualité et des risques					
Risques liés aux soins					
Nombre de fiches Osiris		25		25	0%
Nombre de questionnaires de sortie remplis		50		29	+22
Nombre de réclamations & plaintes		23		37	-15
Taux de doublons d'identité		0,48%		0,57%	-0,09%
Risques professionnels (indicateurs trimestriels)					
Nombre de déclaration de maladie professionnelle		3		3	
Nombre de déclaration d'accidents du travail bénins		171		135	
Nombre de déclaration d'AES		40		36	
Sécurité des biens et des personnes					
Nombre cumulé d'interventions du service local de sécurité		198		142	-39%
Nb d'interventions du service local de sécurité pour des atteintes (vol et violence) aux personnes		3		3	0%
Nb d'interventions du service local de sécurité pour des atteintes (vol et violence) aux patients		8		3	-167%
Items liés à la certification de l'hôpital					
Taux de DASRI		25,69%	20%	26,8%	-1,11%
Taux d'exhaustivité mediweb (au 1er mars 08)			100%	90%	

Cadran Projets

	Situation / Cible	Réalisé avril 08	Cible 2008	Réalisé avril 07
Mesures nouvelles				
Nb de séjour en addictologie		61	140	
Nb de séjour en polysomnographie (HJ) (fin mars)		14	+ 200	
Taux d'évolution du nombre de séjours en soins palliatifs		139	+ 110	122
Nombre de venues en endoscopie faisant l'objet d'une facturation d'un GHS		444	1400	
Nb de séjour en chirurgie ambulatoire		385	800	
Nombre d'IRM réalisés en externe			+ 4500	
Nombre de prélèvement d'organe réalisés		0		
Respect du calendrier des opérations de travaux suivantes (trimestriel) :				
Bâtiment UPR			oct-06	
Nouveau bâtiment de biologie			oct-06	
Structure de chirurgie ambulatoire			juil-08	
Service d'Hématologie clinique de l'Hôtel-Dieu			oct-08	
Centre de reconstitution des cytotatistes			juin-08	
Étude conformité plateau technique gyneco-obst			oct-08	
Projet Masson			avril-07	
Étude restructuration Lemierre			fév-08	
Étude conformité des Réanimations			déc-08	
Second scanner			déc-08	

Source : Tableau de bord de l'Hôpital Saint-Antoine, avril 2008

2.1.1. L'appropriation du tableau de bord par le Conseil exécutif permet de mesurer la plus-value qu'il apporte au pilotage de l'hôpital Saint-Antoine.

Les réformes hospitalières positionnent le corps médical au centre de la nouvelle organisation de l'hôpital : la tarification à l'activité consacre les médecins comme producteurs de ressources, la nouvelle gouvernance les incite à participer aux arbitrages stratégiques et naturellement à ce titre au Conseil exécutif. Elles définissent un nouveau cadre qui rend la définition de tableau de bord plus prégnante et plus essentielle.

Madame Chantal de Singly, Directrice de l'hôpital Saint-Antoine estime que le tableau de bord de l'établissement dont elle a la responsabilité n'est pas nécessairement le bon outil de mesure de la performance. Le tableau de bord est pour elle un compromis avec le cadre imposé par le siège d'une part, et les limites du système d'information, d'autre part. Par exemple, dans le domaine de la qualité, la définition d'indicateurs pertinents et automatisés est une vraie difficulté. Néanmoins, elle estime que, pour l'essentiel, le tableau de bord reflète bien le projet d'établissement et les éléments essentiels au suivi de l'activité.

A. La place du tableau de bord s'est imposée progressivement

La mise en place des réformes hospitalières est encore récente. Elle introduit un véritable changement des mentalités et des pratiques, et modifie le positionnement professionnel du Directeur d'hôpital amené, dans le cadre de la délégation de gestion, à développer une culture de transparence et de reporting exigeant.

A l'hôpital Saint-Antoine, le tableau de bord fait chaque mois l'objet d'une présentation en Conseil exécutif local, c'est-à-dire que ce point est évoqué à une réunion sur deux de cette instance. Le tableau de bord doit être établi à une fréquence suffisante pour permettre au responsable de réagir à temps. La fréquence ne doit pas être trop élevée : il faut prendre en compte le temps de réaction du pôle, voire du service, pour mesurer l'impact des actions entreprises. Par exemple, l'impact d'une décision visant à concentrer les moyens de l'équipe centrale de suppléance sur l'ouverture de lits d'un service souffrant de postes vacants est assez rapide. Il n'en est pas de même d'une action en lien avec le management des personnes (formation, coaching, style de management...).

Le positionnement de la présentation du tableau de bord à l'ordre du jour du Conseil exécutif, même s'il paraît anecdotique, est essentiel. En effet, évoqué dans les derniers

points de la séance, les membres du Conseil exécutif ne prêtaient pas l'attention nécessaire à la présentation du tableau de bord. Pressés de clore la réunion, les participants ne prenaient pas le temps d'en analyser les données et d'en commenter les évolutions.

Pour mettre fin à cette situation regrettable, la Directrice de l'établissement a souhaité que le tableau de bord soit présenté en début de séance, ce qui permet d'y consacrer le temps que son contenu justifie. De plus, le tableau est désormais commenté par chaque responsable de pôle alors qu'auparavant, il appartenait au Directeur des finances, appuyé par le médecin responsable du département de l'information médicale, d'assurer cette analyse. Cette méthode présente un double avantage. D'abord, elle implique les responsables de pôle dans le pilotage de l'établissement. Ensuite, amenés à prendre la parole, les responsables de pôle anticipent et recueillent auprès des cadres administratifs ou des chefs de service les informations utiles pour objectiver la situation de leur pôle. La discussion est ainsi plus dynamique et des pistes d'actions peuvent rapidement être envisagées.

B. Un outil de dialogue autour de l'information

Les membres du conseil exécutif - responsables de pôle ou directeurs d'hôpital - doivent désormais participer à la définition du positionnement stratégique de leur établissement dans un environnement rendu de plus en plus concurrentiel et impliquant parfois des restructurations d'activité.

Ils doivent ainsi se positionner sur les questions suivantes : Quelle stratégie mener confronté à une activité déficitaire ? Existe-t-il des moyens d'agir sur certains postes de dépenses pour améliorer la performance d'un service menacé ? A l'inverse, comment doivent être répartis les excédents dégagés par un pôle ?

Tous les membres du Conseil exécutif doivent se sentir concernés par ces questions dès lors que les réponses à apporter peuvent relever tant de la gestion des ressources humaines que de la consommation ou de la distribution de médicaments, de la qualité des processus, de la logistique mise en œuvre, des investissements à réaliser, ... Les exemples issus du Conseil exécutif de l'hôpital Saint-Antoine présentés ci-après viennent éclairer ce propos.

1^{er} exemple :

L'attention du Conseil exécutif de l'hôpital Saint-Antoine a été appelée sur les résultats d'activité inquiétant du service d'orthopédie. En effet, la fermeture de 8 lits, rendue nécessaire par les vacances de postes d'infirmière dans ce service, impactait fortement sur les possibilités de prise en charge en orthopédie tant en hospitalisation qu'au bloc opératoire. Cette situation provoquait d'autres dysfonctionnements signalés par le tableau de bord, notamment l'augmentation du taux de transfert des urgences orthopédiques vers d'autres établissements publics ou privés. De même, elle conduisait à une baisse sensible des recettes de l'hôpital, l'activité de ce service produisant des GHM à forte valorisation financière.

Pour agir face à cette situation problématique, le Conseil exécutif a décidé de faire procéder immédiatement à une analyse coûts / recettes du scénario consistant à recourir à du personnel intérimaire pour permettre la réouverture des lits d'hospitalisation et ainsi redynamiser l'activité de chirurgie. En l'espèce les surcoûts induits par le recours à ce type de personnel étaient largement couverts par les recettes de l'activité ainsi générée. Cet exemple tend à montrer qu'indéniablement, l'analyse du tableau de bord est un moment privilégié pour discuter de la performance de l'établissement et la stratégie à mettre en œuvre.

2^{ème} exemple :

Le fait que les membres du Conseil exécutif et plus particulièrement les responsables de pôle soient conscients des enjeux du tableau de bord en termes de pilotage et d'appui à la décision stratégique est également illustré par l'implication de la majorité d'entre eux dans l'amélioration et la mise à jour de cet outil. Par exemple, le responsable du pôle « urgences et médecine d'aval généraliste » a souhaité que l'activité du service de psychiatrie soit mise en évidence sur le tableau de bord ; le responsable du pôle « médecines spécialisées » a demandé à ce que le retard pris dans les travaux du bâtiment dans lequel sont regroupées les disciplines du pôle, soit signalé par une coloration passée du vert à l'orange. Ce responsable de pôle souhaitait ainsi signifier que la stratégie des services de son pôle en termes de développement d'activité devrait être revue du fait du retard signifié.

3^{ème} exemple :

Les difficultés observées en aval de la prise en charge aux urgences de l'hôpital Saint-Antoine et les durées de séjours excessives en unité d'hospitalisation de courte durée ont conduit le Conseil exécutif à intégrer dans le tableau de bord des indicateurs sur le taux de recrutement à partir du service d'urgence par les services de soins. Il faut également

noter qu'aucune cible n'est exprimé en face de l'indicateur relatif au nombre de passages aux urgences. En effet, d'une part, dans le contexte d'installation actuelle de ce service, qui sera accueilli dans un nouveau bâtiment en juin prochain, l'objectif est de ne pas augmenter la fréquentation du service et, d'autre part, il n'est pas possible de fixer une cible à cette activité par définition non programmée. L'indicateur relatif au nombre de passages aux urgences a pu être utilisé pour mettre en lumière l'impact du travail conduit avec la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris pour améliorer la régulation des véhicules de secours et mieux les orienter entre les différents services d'urgences du secteur.

4^{ème} exemple :

Les efforts pour améliorer la filière gériatrique sont mesurés par un indicateur sur le nombre de patients médicalement sortant toujours hospitalisés à l'hôpital Saint-Antoine faute de possibilité de prise en charge en structure de long séjour. Les travaux sur cet indicateur ont été repris dans le cadre d'une démarche plus globale, visant à organiser une filière d'aval au sein du groupe hospitalo-universitaire (GHU) Est. Une amélioration de la situation a récemment pu être observée par le service des assistantes sociales de l'hôpital Saint-Antoine.

2.1.2. L'appropriation de l'outil par les pôles est encore limitée

A l'hôpital Saint-Antoine, le travail sur la mise en place de tableaux de bord de pôle a largement avancé au cours de l'année 2008. Si tous les pôles, à l'exception du pôle « biologie-imagerie », déclarent disposer d'une maquette de tableau de bord de pôle¹⁹, les cadres administratifs de pôle reconnaissent que leur document n'est pas renseigné de manière exhaustive, soit que les données ne sont pas disponibles, soit qu'elles impliquent un travail important de retraitement pour être pertinentes.

A. Les maquettes de tableaux de bord sont aujourd'hui finalisées

Les cadres administratifs des six pôles disposant de tableaux de bord ont utilisé la maquette « quatre cadrans » et les indicateurs proposés dans le catalogue de l'AP-HP. Ils ont intégré les indicateurs considérés comme invariants ainsi que, pour la plupart d'entre eux, des indicateurs en lien avec les objectifs fixés au contrat de pôle récemment signés.

¹⁹ Enquête réalisée sur l'initiative du siège en avril 2008

Certains ont pu affiner leur travail et font figurer au tableau de bord de pôle des indicateurs spécifiques à un service, une pathologie, un poste de dépense particulier. Par exemple, prenant conscience de la tendance incontrôlée au dérapage du compte relatif aux prescriptions d'actes réalisés dans un établissement n'appartenant pas à l'AP-HP, le pôle « digestif » a décidé de porter une attention particulière au suivi de cet indicateur qu'il fait donc figurer au tableau de bord du pôle.

Néanmoins, considéré comme un axe de travail prioritaire par les uns, cet outil de pilotage reposant sur une lecture croisée des indicateurs de performance, est peu utilisé par les autres. Ainsi, le pôle « oncologie-hématologie » a choisi de s'écarter de la maquette Balanced Scorecard utilisée pour l'hôpital et concentre son pilotage sur le suivi de l'activité et des dépenses.

Enfin, au sein de l'établissement le travail de coordination sur les tableaux de bord de pôle est rendu complexe par les positions des cadres administratifs de pôle qui ne partagent pas nécessairement les mêmes ambitions pour cet outil de pilotage. Il faut également souligner la quasi-absence de travail en commun des cadres administratifs de pôle qui préfèrent avancer par binôme dans la définition d'un outil opérationnel.

Cadran Activité

	Situation / Cible	Réalisé cumulé avril 2008	Cible avril 2008 pôle	Evolution cumulé avril 2007/avril 2008	Ecart 2008 / 2007
Séjours MCO					
★ Taux d'évolution des séjours en hospitalisation complète (cumul)		-2,6%	+0,9%	+1,9%	-54
Structures d'hospitalisation partielle (y compris HDJ Endoscopie)					
Taux d'évolution du nombre de séances		+114,5%	NC	-51,8%	63
Taux d'évolution du nombre de séjours hôpital de jour		74,2%	25,9%	-23,2%	859
Taux d'évolution activité hospitalisation partielle (séjours + séances)		77,0%	NC	-26,4%	822
Taux d'évolution activité hospitalisation partielle (séjours + séances) - Hors Endoscopie		21,2%	NC	-1,1%	175
Capacités de prise en charge					
Taux d'occupation corrigé (%) en cumul Hospitalisation complète		90,75%		90,87%	0%
Nb de lits ouverts (moyenne observée sur le mois d'avril)		166			-6
<i>Toutes les demandes de fermeture n'ont pas encore été prises en compte les chiffres indiqués ne reflètent pas la réalité du service</i>					
Activités externes					
Nb de consultations (CS - C - C2 - C3)		11 541			71
<i>La baisse de 5 % constatée en mars 2008 était dû à un retard de saisie d'activité (réalisé -0,4 %)</i>					
Actes de plateau médico technique : actes de biologie effectués pour les patients hospitalisés en MCO					
★ Taux d'évolution du nombre de B et de BHN réalisés à St Antoine pour patients hospitalisés en MCO		1 316,24		-21%	-274
<i>(coefficients majorés rapportés au nombre de séjours MCO) : Moyenne AP HP 1 100</i>					
Actuellement données incomplètes (Activités PH non incluses) pas de comparaison possible avec ENC					
<i>Evolution des actes réalisés par la Pôle Biologie pour les hospitalisés</i>					
		-1,82%	-18 518		-136 277
<i>(objectif EPRD 2008 : - 15 000 euros année, soit - 55 655 €)</i>					
Endoscopie (Fin des travaux avril 2007)					
Evolution du nombre d'actes		2 031		27%	431
(y compris acte CCAM de THDJ Endoscopie)					
Evolution des ICR		122,091		31%	40 012
Nombre de séjours		447	420		
<i>[objectif annuel à 1 400, avec une montée en charge importante à compter de septembre]</i>					
Respect du contrat SAU (Validation du calcul en cours)					
Taux de recrutement à partir du SAU + Urgences Autres		NC			
Nb d'admissions cumulée via le SAU + Urgences Autres		NC			

Cadran Attractivité / Qualité / Risques

	Situation / Cible	Réalisé Avril 2008	Cible CUMUL 2008	Réalisé Avril 2007	Vacants Avril 2008 (CDD compris dans les effectifs présents)
Personnel					
Effectifs du personnel soignant en équivalents temps plein (ETP)					
Taux de couverture des postes (non compris les CDD)		92,07%		NC	-20,70
Dont Infirmières Diplômées d'Etat (y compris spécialisés)		88,65%		NC	-25,2
Dont Aides soignantes (+ 1,2 ETP en incluant les CDD)		95,16%		NC	1,20
Effectifs du personnel médical en ETP		NC			
Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, arrêt < 6 jours (personnel permanent)		0,335		0,216	
<i>[(Nb jours d'arrêt (nb jours du mois) / effectifs de référence) * 100]</i>					
Tx quadrimestre		0,458		0,444	
Nombre de repos d'us (Personnel Non Médical, hors jours d'us années antérieures)		21,5	< ou = 26		au 31/12/2008
★ Indicateurs faisant partie du suivi des invariants du contrat de pôle					

Cadran Efficience

	Situation / Cible	Réalisé Cumul avril 2008	Cible avril 2008	Réalisé avril 2007	Ecart 2008/2007
EN CUMUL					
Montant des dépenses (hors charges indirectes)					
★ Montant des dépenses de personnel, Titre 1		12 210 990			
		8 621 364			
dont PM		2 768 739	NC	2 738 837	29 902
dont PNM		5 516 317	5 903 182 €	4 840 940	675 377
dont Dépenses heures supplémentaires		111 436		87 627	23 809
Suppléance		48 623		52 438	-5 816
Intérim		289 685		186 376	103 310
★ Montant des dépenses médicales, Titre 2		3 023 857	2 838 657	2 878 090	145 767
dont médicaments hors T2A hors rétrocessions		520 835	532 403	572 856	-52 021
dont médicaments et DMI T2A (en sus des GHS)		1 150 623	1 002 549	917 614	233 009
dont Actes Médicaux par établissement non AP HP		16 736	11 633	35 771	-20 034
★ Montant des dépenses hôtelières et générales, Titre 3 (millions d'euro)		229 061	215 515	181 579	47 482
Appariement des DMI					
Taux de non appariement des Dmi T2A (nb DMI T2A non appareillés rapporté au nb DMI T2A)		87,00%	100%		
Recettes liées à l'activité (en millions d'euro) :					
★ Recettes d'hospitalisation MCO liées aux GHS		NC		NC	NC
Recettes externes		NC		NC	NC
Codage PMSI					
★ Taux d'exhaustivité cumulé du codage HC		NC			
MCO		NC			
★ Taux d'exhaustivité cumulé du codage HP		NC			

Cadran Projets

	Situation / Cible	Réalisé Mois année N	Cible Mois année N	Réalisé Mois année N-1
Projets du plan stratégique : indicateurs semestriels (Projets du pôle en relation avec le contrat de pôle)				

Source : Tableau de bord du pôle digestif et anesthésie-réanimation de l'hôpital Saint-Antoine du mois d'avril 2008

B. Les tableaux de bord sont peu intégrés dans les échanges du pôle

La mise en place de tableaux de bord de pôle à l'hôpital Saint-Antoine suggère les interrogations suivantes. Quel est l'impact des tableaux de bord de pôle sur l'élaboration la prise de décision au niveau des pôles ? Ces outils sont-ils utilisés pour repérer les sources de sur ou sous productivité des services du pôle ? Le cas échéant, quel est l'apport du tableau de bord dans la détermination des actions à mener non seulement à court terme, mais également à moyen terme, dans le cadre du projet d'établissement ? Les entretiens conduits dans le cadre de ce travail permettent d'apporter quelques éléments de réponse.

Il faut souligner la volonté forte de la Directrice de l'hôpital Saint-Antoine pour que des tableaux de bord soient mis en place au sein des pôles. Elle estimait en effet essentiel de diffuser au niveau des responsables de pôle la méthode de management que constituent la construction et l'utilisation de cet outil.

Le tableau de bord au niveau du pôle devrait être un excellent outil d'animation des équipes. Il doit permet de lier les objectifs du pôle à l'allocation des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. Or, il faut regretter la faible utilisation des tableaux de bord comme support aux discussions des bureaux de pôle de l'hôpital Saint-Antoine et l'absence de conséquences réellement mesurables, notamment en termes de réallocations de moyens au sein des pôles.

Cette situation est regrettable, cet outil n'ayant de sens que s'il est effectivement utilisé par les trios de pôle pour en assurer le pilotage, pour suivre les éléments relatifs à l'activité, aux dépenses, à la mise en œuvre de la politique qualité et s'il leur sert à pointer les dysfonctionnements et à proposer des mesures correctives, ce qui n'est pas réellement le cas aujourd'hui.

Les trios de pôle interrogés notent que l'intérêt pour le tableau de bord est très variable selon les chefs de services et estiment aujourd'hui qu'il n'est pas opportun d'en systématiser la présentation en bureau mensuel de pôle. Ils utilisent aujourd'hui cet outil comme un instrument de suivi de la gestion mais rarement comme un dispositif d'alerte et de pilotage.

S'agissant de l'hôpital Saint Antoine, il pourrait donc être intéressant de travailler à la définition de nouveaux indicateurs à intégrer aux tableaux de bord de pôle, pour inscrire cet outil dans une démarche d'anticipation et de réactivité. En effet, utilisés pour constater

a posteriori des situations, les clignotants de tableau de bord révèlent parfois des dysfonctionnements pour lesquels il est trop tard pour réagir et pour lesquels les moyens d'action sont devenus limités. Ainsi, la mise en place d'indicateurs relatifs à la maintenance du matériel dans les tableaux de bord des pôles particulièrement concernés, notamment le pôle « biologie-imagerie » pourrait permettre d'éviter des arrêts d'appareils et de limiter les conséquences d'éventuelles pannes sur l'activité.

Enfin, on peut regretter que la MeaH, qui doit conduire pour l'hôpital Saint-Antoine une étude visant à « identifier et mobiliser des marges de manœuvre » dans le cadre d'un chantier sur le pilotage opérationnel des pôles, n'ait à ce jour pas commencé ses travaux avec le pôle « gynécologie-endocrinologie-obstétrique », comme cela était initialement prévu.

La MeaH propose en effet aux responsables de pôles d'employer les outils mis au point dans la gestion des ressources humaines et dans le management des lits pour atteindre les objectifs stratégiques et/ou économiques fixés dans leur contrat de pôle. Les premiers résultats, présentés notamment lors d'une conférence d'Hôpital-Expo en mai dernier²⁰, montrent que des tableaux de bord comportant un nombre restreint d'indicateurs peuvent apporter de nombreuses réponses opérationnelles, améliorer le fonctionnement d'un service et, en conséquence, la prise en charge des patients. Développer ces indicateurs mis à disposition des professionnels par la MeaH dans les tableaux de bord des trois pôles de l'hôpital Saint-Antoine qui disposent d'un bloc chirurgical pourrait permettre d'en améliorer l'organisation et donc la performance.

2.2. Les tableaux de bord d'autres établissements de l'AP-HP et hors AP-HP restent à approfondir pour développer une vision stratégique globale

Les établissements de l'AP-HP bénéficiant d'une relative autonomie, il est intéressant de se pencher sur la manière dont un autre hôpital de cette entité utilise le tableau de bord. Toutefois, pour illustrer plus largement notre propos, un éclairage à partir de l'expérience d'un établissement n'appartenant pas à l'AP-HP semble également pertinent.

²⁰ Cf. Annexe 4 – Compte rendu de la conférence d'Hôpital-Expo réalisé dans le cadre d'EHESPlus

2.2.1. L'hôpital Saint-Louis : un modèle orienté sur le suivi de l'activité et des recettes

Au sein de l'AP-HP, un certain nombre d'établissements, dont l'hôpital Saint-Louis, a choisi de s'éloigner du modèle de tableau de bord proposé par le siège.

Le Directeur de l'hôpital Saint-Louis, M. Philippe Sudreau, estime que la déclinaison du Balanced Scorecard en tableau de bord « quatre cadrans » n'est pas suffisamment lisible pour venir à l'appui d'une décision. L'utilisation d'une centaine d'indicateurs ne lui paraît pas apporter la réactivité nécessaire à la prise de décision.

Il a donc choisi de mettre en place des indicateurs orientés sur l'activité et sur les recettes, deux éléments sur lesquels sa gestion sera sanctionnée et la performance de son établissement évaluée par la tutelle. Le tableau de bord de l'hôpital Saint-Louis fait apparaître des données relatives aux hospitalisations partielles, l'activité de radiothérapie étant isolée, et des données relatives à l'hospitalisation complète, en distinguant les séjours supérieurs à une nuit de ceux de zéro ou une nuit, ces derniers étant faiblement valorisés.

Les données du tableau de bord sont produites à quinze jours. Certains indicateurs sont en revanche étudiés mensuellement voire trimestriellement, les données étant alors approfondies voire affinées par service.

Si la maquette proposée par le siège de l'AP-HP tient sur une page unique, les indicateurs de pilotage suivis par le Conseil exécutif de l'hôpital Saint-Louis sont présentés dans un document de plusieurs pages sous forme de graphiques²¹.

Le fait que le support de tableau de bord soit différent entre les hôpitaux Saint-Antoine et Saint Louis n'empêche pas une utilisation selon des modalités similaires. A Saint Louis, le tableau de bord est également présenté chaque mois en Conseil exécutif par le médecin responsable du département de l'information médicale. Les membres du Conseil exécutif commentent les principales informations délivrées en séance et peuvent, le cas échéant, proposer des mesures correctives ou des pistes d'action.

²¹ Cf. annexe 5

M. Sudreau considère que le tableau de bord est avant tout un outil permettant de faire passer des messages. Il constitue un levier d'action qui met en lumière certaines difficultés et appelle à réfléchir à des solutions opérationnelles.

Par exemple, constatant le retard dans les délais de réalisation des comptes rendus d'hospitalisation, exigence forte de la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, le Conseil exécutif a réfléchi aux diverses solutions s'offrant à lui. La situation financière et les consignes du siège de l'AP-HP rendaient le recours à de nouveaux agents contractuels inenvisageable. De même, la règle limitant à cinq mois la durée du contrat de certains contractuels rendait impossible la prolongation des agents concernés, qui occupaient des fonctions de secrétaire médicale. L'alternative proposée a donc consisté, avec l'accord des organisations syndicales, à externaliser la réalisation des comptes rendus d'hospitalisation à une société privée.

L'une des critiques que l'on peut faire du tableau de bord utilisé par l'hôpital Saint-Louis est qu'il ne prend en compte que l'activité et les recettes, ce qui donne une vision limitée de la performance, en ne reflétant que partiellement les axes stratégiques de l'établissement. Par exemple, il est possible qu'une progression d'activité, qui induit certes une progression de recettes, cache une forte progression des dépenses, notamment de personnel du fait du recours à des agents intérimaires, alors que la performance de l'établissement est jugée dans sa globalité par les tutelles, y compris sur le respect des enveloppes de personnel.

2.2.2. Le tableau de bord du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts témoigne de la spécificité de cet établissement

Etablissement national spécialisé en ophtalmologie comprenant 125 lits de chirurgie et 10 places de chirurgie ambulatoire, cet hôpital est le berceau de l'ophtalmologie française et assure, outre l'accueil des urgences et les soins, une mission d'enseignement, de recherche et de prévention. Ses activités de soins recouvrent la majeure partie de la pathologie ophtalmologique, qu'elle soit médicale, chirurgicale ou neuro-ophtalmologique. Depuis 2008, l'établissement accueille dans de nouveaux locaux un institut de recherche (l'Institut de la Vision) dont la vocation consiste non seulement à promouvoir la recherche fondamentale sur la vision, mais aussi à permettre le développement des entreprises impliquées dans la prévention et le traitement des affections oculaires.

Dans cet établissement, le tableau de bord consiste en un suivi de l'activité axé sur sept GHM, ceux-ci regroupant près de 80% des recettes de l'hôpital. Les informations peuvent

être affinées par services voire par praticien. Il arrive également que le tableau de bord présente des indicateurs sur le suivi des actes réalisés en secteur public, comparés à l'activité pratiquée en secteur libéral.

Le Directeur des finances de l'hôpital des Quinze-Vingts précise qu'il utilise le tableau de bord pour communiquer et mobiliser les praticiens autour des grands enjeux de cet établissement. Ainsi, il fait régulièrement apparaître dans le tableau de bord qui leur est diffusé les tendances de l'activité de chirurgie ambulatoire ainsi que les taux cibles liés aux objectifs quantifiés fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'établissement a signé avec l'Agence régionale d'Ile de France.

Il faut reconnaître que cette stratégie de communication, qui prend appui sur le tableau de bord n'aboutit pas nécessairement aux résultats attendus. En effet, le cloisonnement regrettable entre les différentes directions de cet établissement conduit à l'absence de lecture croisée des différents axes de performance de l'établissement. Ainsi, la hausse des dépenses de personnel n'est jamais corrélée à la progression de l'activité. De même, la diminution des dépenses de médicament n'est-elle pas expliquée par le ralentissement de l'activité durant la période estivale. Tous ces indicateurs existent, mais ne sont pas mis en relation et n'apparaissent pas simultanément dans un tableau de bord unique.

2.3. Le tableau de bord des Galeries Lafayette, une structure privée concentrée sur ses perspectives d'avenir

Le tableau de bord s'est imposé dans le monde de l'entreprise privée depuis de nombreuses années accompagnant un mouvement de transparence dans une période où le culte du décideur unique tend à disparaître. La décision doit être envisagée comme un processus coopératif, où chacun agit dans son domaine de compétences et de prérogatives. Chaque responsable, sur son tableau de bord, suivra le ou les axes le concernant.

2.3.1. Une construction et une utilisation du tableau de bord assez similaire à celle d'un hôpital

Le témoignage du Directeur du contrôle de gestion de la branche Galeries Lafayette des Grands Magasins, qui dépend de la Direction centrale des affaires administratives et financières, apporte un éclairage intéressant sur la manière dont cette entreprise structure son tableau de bord.

La construction du tableau de bord fait appel dans l'entreprise comme dans l'hôpital, au même ressort de concertation au sein d'une instance stratégique : le Directeur de secteur et le Directeur d'exploitation sont membres du comité de direction, au sein duquel sont définis les objectifs traduits en indicateurs du tableau de bord par la Direction du contrôle de gestion.

Les indicateurs sont définis en début d'année. Le tableau de bord fait l'objet d'une révision chaque semestre, donc à la fin du mois de juin et parfois par périodes plus régulières pour certains types de compte, mais le Directeur du contrôle de gestion tient à conserver un format identique durant les six mois de mise en œuvre des objectifs pour rendre les données mensuelles comparables. Les modifications apportées sont liées aux évolutions des objectifs fixés par le Conseil d'administration, notamment en termes de résultats financiers.

Le nombre d'indicateurs suivi varie en fonction de la période. Seule une quinzaine d'indicateurs fait l'objet d'une donnée mensuelle et cumulée. Ce nombre est volontairement limité, les indicateurs devant rester opérationnels et servir à cerner un dysfonctionnement. Une quarantaine d'autres indicateurs suivis en permanence par la Direction du contrôle de gestion, comme le nombre de visiteurs transformé en clients, ne donne pas nécessairement lieu à une analyse systématique, celle-ci étant réalisée par période trimestrielle voire annuelle.

Le tableau de bord mensuel est détaillé par axe managérial, c'est-à-dire par activité, les Galeries Lafayette reposant sur une organisation par plateaux, à chaque étage du magasin Haussmann par exemple, correspondant un axe managérial. C'est à ce niveau que sont définis les plans d'action pour rétablir une situation alarmante ou consacrer l'avance d'une activité.

L'activité commerciale est définie en lien avec le programme commercial et se concrétise en opérations commerciales. Le tableau de bord fait apparaître des projections de ventes à fin de mois ainsi que des cibles mensuelles et des données quotidiennes consolidées sur l'ensemble des secteurs. Il appartient au Directeur du contrôle de gestion d'assurer le commentaire du tableau de bord en comité de direction, les compléments d'explication étant délivrés par les responsables d'unités concernés.

Il est intéressant de noter qu'au sein de l'entité Galeries Lafayette, tout comme à l'AP-HP, un principe de solidarité entre les unités commerciales est mis en œuvre. Ainsi un secteur connaissant un retard dans la réalisation de ses objectifs verra ses pertes compensées

par l'avance d'un secteur en position dynamique. Néanmoins l'intéressement des responsables des secteurs concernés, bien que réparti au regard d'indicateurs communs et intégrant un élément de solidarité avec l'ensemble de l'institution, restera fonction des résultats de chaque secteur par rapport aux cibles qui leur étaient fixées.

Enfin, la présentation du tableau de bord en Comité exécutif est préparée en amont. Une réunion associant le Directeur général et le Directeur du contrôle de gestion ainsi que les principaux directeurs est l'occasion de diffuser le document et de partager de l'information. Ce travail en amont permet d'évoquer les sujets difficiles, qu'il convient d'éviter de découvrir en séance et de garantir la cohésion des décisions prises. Ainsi, en présence des actionnaires, seuls les messages clés seront véhiculés.

2.3.2. Un suivi orienté sur les perspectives d'avenir et l'atteinte de cibles chiffrées

Outre les résultats d'activité pour la période en cours, le tableau de bord des Galeries Lafayette présente les évolutions par rapport à l'année précédente. Cette donnée n'est pas réellement exploitée, l'historique des chiffres n'étant qu'un indicateur secondaire. Les dirigeants de l'entreprise jugent en effet la performance des unités commerciales au regard de la satisfaction des objectifs sur la période, concrétisés par des cibles budgétaires. Le cas échéant, les éventuels facteurs d'explication (travaux, périodes de congés, ...) qui justifient qu'un secteur ait pu connaître des perturbations sont également mis en lumière.

Le tableau de bord s'accompagne d'un document de reporting par activité, dont l'intérêt est souligné par le Directeur du contrôle de gestion des Galeries Lafayette. Ce travail est pour lui l'occasion de vérifier la pertinence des outils d'analyse qu'il a développés, son objectif étant de ne pas les multiplier. Ce reporting est également une des missions essentielles du Directeur du contrôle de gestion : il lui permet de donner aux « opérationnels » les clés de lecture des données chiffrées, qui, présentées brutes, peuvent être difficiles à appréhender et à mettre en perspective. Il assure ainsi la vulgarisation de l'information, qu'il adapte selon les destinataires auprès desquels l'information va être diffusée. Il peut également être amené à faire des propositions de redressement. Enfin, il souligne qu'il est important de veiller à l'équilibre entre charge de travail administratif et besoin de pilotage.

Le Directeur du contrôle de gestion, considère que le tableau de bord doit avoir un rôle facilitateur et doit permettre au « top management » de prendre des décisions qui ne sont

pas purement financières, mais qui appellent une réflexion collégiale s'appuyant sur une analyse financière.

Cette expérience de l'entreprise Galeries Lafayette met en lumière certains éléments importants transposables à l'hôpital, notamment la préparation de la réunion au cours de laquelle sera présenté le tableau de bord, étape collégiale essentielle à l'exploitation pertinente de cet outil.

* *
*

Les exemples de tableaux de bord développés dans cette deuxième partie montrent que l'enjeu pour les managers de l'hôpital n'est donc pas fondamentalement une question d'outil mais tient avant tout au positionnement du tableau de bord comme document d'aide à la prise de décision. Néanmoins, cet outil ne peut répondre seul à l'ensemble des besoins d'information nécessaires au pilotage des projets stratégiques pour l'hôpital et doit être enrichi d'autres sources.

3. La pérennisation du tableau de bord : un enrichissement régulier nécessaire pour renforcer son adaptation au contexte et son rôle d'outil d'aide à la décision

Nous avons vu que le tableau de bord « quatre cadrans » offrait à ses utilisateurs une lecture transversale des objectifs stratégiques de l'établissement. Toutefois, cet outil est exigeant : il implique de mobiliser des ressources qui animent la réflexion et qui le fassent vivre et évoluer. Il sollicite également l'appétit intellectuel, qui doit être nourri d'informations complémentaires, la stratégie et le pilotage d'un établissement ne pouvant se satisfaire que de chiffres.

3.1. Un instrument qui nécessite un investissement régulier de la part de ses utilisateurs

Le tableau de bord stratégique est un outil qui implique un investissement fort de l'établissement et plus particulièrement du chef d'établissement et de l'équipe de direction. Si la phase de création et de définition des indicateurs constitue une étape essentielle impliquant une forte mobilisation des professionnels de l'hôpital, elle n'est que

le début d'une longue route, évoluant au gré du développement des projets stratégiques tout en maintenant le cap sur le projet d'établissement. Ainsi, certains indicateurs seront-ils amenés à évoluer, ce qui exige de mobiliser régulièrement des ressources importantes.

3.1.1. Veiller à la pertinence des indicateurs

Pour conserver sa vocation d'outil d'aide à la prise de décision, le contenu du tableau de bord doit être adapté aux principales échéances de l'hôpital et aux besoins du dialogue de gestion : préparation des conférences budgétaires, négociation des objectifs avec le siège de l'AP-HP au cours de la conférence « activité, stratégie, projets » ou bilan de la gestion lors des états quadrimestriels des recettes et des dépenses. L'efficacité du tableau de bord doit être entretenue par une réactualisation régulière qui tienne compte de l'évolution des priorités de la structure concernée et des constats faits quant à la pertinence et à la fiabilité des indicateurs existants.

Il est également nécessaire de maintenir des indicateurs durant un certain délai, pour prendre le temps de confirmer la courbes de tendance, à la hausse ou à la baisse, d'une activité ou pour évaluer l'impact des décisions stratégiques prises du fait d'une situation alarmante.

Ainsi, il convient de stabiliser une vingtaine d'indicateurs, qui donnera lieu notamment à des comparaisons annuelles. Il faut en revanche faire évoluer le reste de la maquette pour que cet outil traduise réellement l'actualité de l'hôpital, permette de suivre la mise en œuvre des projets médicaux et de soins ainsi que ceux impliquant des investissements financiers importants, et qu'il réponde ainsi au besoin d'information du Conseil Exécutif. Les cadrans « activité » et « efficience » devraient ainsi peu évoluer tandis qu'il sera essentiel de mettre régulièrement à jour les indicateurs des cadrans « attractivité - qualité - risque » et « projets ».

Par ailleurs, les tableaux de bord actuels des Conseils exécutifs de l'AP-HP et de l'hôpital Saint-Antoine sont particulièrement denses. Une centaine d'indicateurs y apparaît chaque mois, certaines données n'étant mises à jour que trimestriellement.

Or, certains indicateurs ne donnent lieu à aucun commentaire, soit parce qu'*in fine*, ils ne répondent pas à une information considérée comme stratégique par le Conseil exécutif, bien qu'elle puisse l'être pour l'hôpital, soit que noyés dans la masse ou peu significatifs, ils n'appellent pas l'attention des responsables de pôles et des directions fonctionnelles.

L'exemple des indicateurs relatifs à la performance de la facturation est à cet égard significatif. Récemment introduits dans le tableau de bord de l'hôpital Saint-Antoine, les indicateurs « délais de facturation » ou « valorisation des séjours en attente de facturation », n'appellent aucune réaction des membres du Conseil exécutif alors que le clignotant rouge, parfois orange quand il s'agit de souligner l'amélioration par rapport au trimestre précédent, devrait amener le Conseil exécutif à interroger le Directeur des finances sur les mesures à mettre en œuvre pour améliorer les résultats de l'établissement en matière de facturation. Cet exemple met également en évidence la pédagogie qui doit accompagner la mise en place de nouveaux indicateurs : il s'agit notamment d'expliquer ce en quoi, avec la mise en œuvre de la T2A, la facturation est devenue un enjeu financier majeur. Des sommes conséquentes peuvent être bloquées en facturation, manquer en trésorerie et conduire au paiement de frais financiers par l'établissement. Cette pédagogie doit être renforcée dès lors que la décision d'introduire cet indicateur au tableau de bord n'a pas été prise par le Conseil exécutif mais par le Directeur d'établissement, sur proposition du Directeur des finances, soucieux de mobiliser les producteurs de soins sur ce sujet.

A l'inverse, certains indicateurs ne sont pas intégrés au tableau de bord actuel, le système informatique ne permettant pas de les renseigner régulièrement de façon automatique, ou impliquant un travail de retraitement trop important. Par exemple, la responsable de la médecine du travail de l'hôpital Saint-Antoine considère qu'elle n'est pas en mesure de présenter dans le tableau de bord le suivi des agents atteints de troubles musculo-squelettiques du fait de l'absence d'un fichier informatisé et de ressources humaines pour exploiter les dossiers papiers.

La mise en place du « nouveau système d'information » (NSI), projet phare de l'AP-HP dont le déploiement est prévu à partir de 2009, laisse penser que de nouveaux indicateurs pourraient être suivis en routine. En effet, certaines bases de données actuellement utilisées ne bénéficient plus d'amélioration, les efforts étant concentrés sur le NSI. Les présentations des applications auxquelles sont régulièrement invités les professionnels de l'AP-HP et la dynamique positive des groupes de travail sur ce chantier nourrissent de fortes attentes quant au succès et à la performance de ce nouveau système d'information. Il faut également préciser qu'en l'absence de système d'information adapté, il est possible de procéder par grandes masses. Par exemple, le montant des recettes liées au remboursement de certains médicaments en plus du GHM permet d'avoir une idée du taux d'appariement des médicaments onéreux à un séjour. L'essentiel est de travailler en lien avec le système d'information disponible pour s'assurer de la faisabilité du recueil de données.

3.1.2. Mobiliser les ressources qu'exige un tableau de bord stratégique

L'expérience de l'hôpital Saint-Antoine montre que le fait de vouloir se doter d'un tableau de bord stratégique pertinent implique pour l'établissement de mobiliser des ressources importantes en termes de personnel mais également de temps, ressources rares qu'il convient donc d'utiliser avec efficacité.

A. La mise en évidence d'un besoin de ressources du DIM et d'un contrôleur de gestion

D'une manière générale, le renseignement mensuel d'un tableau de bord rend indispensable la nomination d'un chef de projet sur ce dossier, identifié comme le « pilote tableau de bord », chargé de coordonner le recueil d'information auprès de différents interlocuteurs, identifiés comme « référents tableau de bord ». Or cette démarche ne va pas de soi, comme le montre l'exemple de l'hôpital Saint-Antoine.

▪ Nommer des référents

Les données du tableau de bord de cet hôpital concernent aujourd'hui un nombre limité de référents. Quatre interlocuteurs sont pour l'essentiel mobilisés pour ce travail : d'une part le médecin responsable du DIM, dont dépendent 80% des items, notamment ceux relatifs à l'activité, aux recettes théoriques et à la performance médicale de l'établissement, et, d'autre part, différents agents de la Direction des finances, des achats et de l'hospitalisation (DFAH), de la Direction des usagers, de la qualité et des risques (DUQuAR) et de la direction des ressources humaines. (DRH). Enfin, certaines informations, comme le nombre d'examens d'IRM réalisé pour des patients externes, sont recueillies directement auprès des services. Aujourd'hui, le travail de coordination est confié au Directeur des finances qui, soutenu par son assistante, collecte les données et finalise le tableau de bord.

Or, les référents des directions ne sont pas toujours clairement identifiés ou ne sont pas suffisamment mobilisés et réactifs, ce qui implique un nombre important de relances, parfois auprès d'un interlocuteur ne disposant pas directement de la bonne information.

Pour améliorer, il conviendrait donc de désigner un représentant par direction de l'hôpital Saint-Antoine, chargé de mobiliser les personnes responsables de chacun des dossiers et auquel il appartiendrait non seulement de remplir la donnée mais également d'en interpréter le sens en colorant le pavé correspondant en vert, orange ou rouge, selon les cibles fixées.

- **Désigner un pilote**

Par ailleurs, le fait que le Directeur des finances assure l'animation du tableau de bord donne à cet outil une connotation financière qui n'est pas le seul axe stratégique de l'hôpital devant faire l'objet d'un pilotage.

Il pourrait donc être envisagé de confier ce travail de coordination au médecin responsable du DIM, particulièrement investi dans cet outil. Interrogé, celui-ci reconnaît que, particulièrement sensible aux aspects médico-économiques, sa plus-value pour interpréter les données relatives aux projets ou à la qualité serait faible. Par ailleurs, sa charge de travail actuelle l'inviterait à refuser cette nouvelle mission.

Un autre acteur pourrait également se voir confier l'animation du tableau de bord : le contrôleur de gestion. Cette fonction, relativement nouvelle à l'hôpital, se développe aujourd'hui largement, les établissements de santé prenant conscience de l'intérêt d'analyser finement la structure des coûts pour améliorer leur performance. L'hôpital Saint-Antoine vient d'ailleurs de se doter de cette compétence, ce qui lui ouvre de nouvelles perspectives. Confier le tableau de bord au contrôleur de gestion implique toutefois qu'il apprécie le travail transversal et fasse preuve d'ouverture en s'attachant à recueillir des informations auprès des interlocuteurs variés de l'hôpital pour disposer de la vision globale essentielle au pilotage de l'ensemble des axes stratégiques de l'établissement.

Une des limites pourrait venir de l'absence de capacité de l'établissement à dégager les moyens nécessaires à la création d'un poste de contrôleur de gestion. Le Directeur des finances de l'hôpital Saint-Antoine a ainsi financé ce poste par redéploiement interne au sein de sa Direction.

B. Le tableau de bord mobilise une part importante du temps des professionnels acteurs des plans d'actions

La question du temps consacré au tableau de bord se pose à diverses étapes, de son élaboration à sa présentation en Conseil exécutif.

S'agissant de l'élaboration mensuelle du tableau de bord, le médecin responsable du DIM de l'hôpital Saint-Antoine estime à près d'une journée par mois le temps qu'il consacre à cet outil, qui outre un travail de fond pour synthétiser les données, nécessite une mise en forme pénible et chronophage.

Le tableau de bord prend toute sa valeur s'il est utilisé pour susciter ou nourrir une réflexion autour des grands enjeux de l'hôpital et des situations alarmantes auxquelles celui-ci doit faire face. Ainsi, il est essentiel que les utilisateurs de cet outil, les membres du Conseil exécutif notamment, consacrent une partie de cette instance à l'analyse du tableau de bord et des dysfonctionnements qu'il met en lumière, et qu'ils proposent les actions qui en découlent, ce qui n'est pas toujours le cas à l'hôpital Saint-Antoine mais également dans d'autres établissements interrogés à l'occasion de ce travail.

De même, il paraît indispensable de mobiliser les référents des directions fonctionnelles et de les responsabiliser sur le suivi des indicateurs qui concernent leurs dossiers. C'est à eux qu'il devrait appartenir de se prononcer sur le niveau d'atteinte de la cible et d'assumer le choix de la couleur traduisant l'évolution de la donnée chiffrée. Force est de constater qu'à l'hôpital Saint-Antoine, ils sont à l'heure actuelle souvent insuffisamment associés aux travaux relatifs au tableau de bord et à la définition de plans d'actions, ce que l'on ne peut que regretter. Ainsi, il pourrait être proposé au pilote du tableau de bord de consulter les responsables des activités dont les indicateurs mettent en lumière des événements significatifs pour qu'ils lui transmettent les éléments d'explication pertinents.

Enfin, fondé sur des indicateurs chiffrés illustrant la contribution aux efforts stratégiques, le tableau de bord est un excellent outil de communication au sein des pôles. Or, selon leurs dires, les cadres administratifs de pôle de l'hôpital Saint-Antoine imposent avec difficulté le tableau de bord à l'ordre du jour des bureaux de pôle et parviennent peu à mobiliser les chefs de service et les cadres de santé sur la définition de plans d'actions et de mesures opérationnelles pour améliorer la performance de leurs activités et de leur gestion. Il est donc essentiel, malgré les résistances de certains responsables de pôle, que les cadres administratifs de pôle restent mobilisés sur ce sujet et bénéficient du soutien du pilote d'établissement. Plus largement, il appartient au chef d'établissement de diffuser « l'esprit tableau de bord » auprès des managers hospitaliers.

3.2. Un outil à enrichir, en interaction avec d'autres sources, pour permettre au Directeur d'hôpital le déploiement d'une stratégie adaptée aux objectifs et au contexte.

Si le tableau de bord s'impose comme instrument d'aide à la décision et au pilotage stratégique de l'établissement, il doit être complété par d'autres outils d'analyse venant en préciser les données, parfois inexploitable à l'état brut. De même que la stratégie ne saurait s'appuyer uniquement sur des chiffres, toute décision doit intégrer des dimensions politiques, sociales voire sociétales.

3.2.1. Des outils d'analyse complémentaires sont essentiels pour approfondir les données du tableau de bord

A. Le compte de résultat analytique

Comme la plupart des établissements, l'hôpital Saint-Antoine s'est engagé dans une démarche visant à produire un compte de résultat analytique (CREA) pour l'établissement et par pôle. En effet, l'existence d'une comptabilité analytique depuis plusieurs années à l'hôpital Saint-Antoine lui permet d'envisager un travail approfondi sur les données financières, notamment dans le cadre des comptes de résultats analytiques par pôle, aujourd'hui finalisés.

Il est intéressant de noter qu'une grande partie du travail relatif aux comptes de résultats analytiques par pôle porte sur la méthodologie, autour de laquelle il est indispensable d'obtenir un consensus, notamment sur les choix des clés de répartition retenue pour l'affectation des charges et des recettes. De même, il est essentiel de communiquer autour de l'objectif poursuivi par ce travail, qui ne consiste pas à mettre en lumière un résultat financier excédentaire ou déficitaire d'un pôle, mais à faire apparaître les grands équilibres de l'établissement et des pôles ainsi que les tendances sur lesquelles il convient de faire porter l'attention et les efforts. En termes de stratégie, ce travail est extrêmement porteur car il met en regard les moyens consacrés à une activité et les ressources qui en découlent. Il constitue à un moment donné la photographie de l'équilibre financier du pôle.

Les comptes de résultat analytique ont été présentés en Conseil exécutif, suscitant un certain nombre de réactions des responsables de pôle ou des représentants des unités hors pôle, qui ont souhaité que ces documents ne soient pas diffusés à ce jour.

A terme, il pourrait être intéressant d'éclairer les données du tableau de bord stratégique par les informations contenues dans les comptes de résultats analytiques par pôle et ainsi, orienter les actions sur les services montrant un déséquilibre important entre recettes et charges. Les CREA viendraient ainsi compléter le tableau de bord dans le panel des outils d'aide à la décision et aux arbitrages. Ils pourraient également être utilisés pour fixer les cibles d'activité suivies dans le tableau de bord du Conseil exécutif.

B. Le tableau coût case mix reste à construire en routine

Lors de son audition par les membres de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale de la Commission des affaires sociales du Sénat en 2008, M. Christophe Lannelongue²² notait que « *D'une façon générale, les outils de gestion des établissements de santé publics sont très insuffisants et ne permettent pas d'identifier les sources de gains ou de pertes. En outre, la mise en place d'une véritable comptabilité analytique se fait avec un très grand retard. Des progrès ont certes été récemment enregistrés grâce aux actions de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) qui a établi des comptes de résultats par pôle et surtout une grille TCCM (tableau coût case mix) permettant des comparaisons entre l'échelle nationale des coûts normés et les coûts réels de l'hôpital. L'objectif doit être de pouvoir repérer les écarts par rapport aux performances moyennes médico-économiques des établissements de santé.* »

L'hôpital Saint-Antoine ne dispose pas encore en routine de TCCM. Une expérimentation en 2005 a donné lieu à la production de ce type de tableaux qui faisait apparaître les surcoûts éventuels par rapport à l'échelle nationale des coûts (ENC). Par ailleurs, le siège de l'AP-HP met chaque année à la disposition des établissements les données de leur comptabilité analytique qui présente leurs coûts comparés aux coûts moyens des établissements de l'AP-HP. Les quelques enseignements qui pouvaient en ressortir s'agissant notamment de fonctions supports sont présentés ci-après.

Fonctions pour lesquelles l'hôpital Saint-Antoine est en dessous du coût moyen AP-HP			
Accueil et gestion des malades	- 49%	Communication	- 17%
Pharmacie	- 31%	Gestion économique	- 16%
Fonctions pour lesquelles l'hôpital Saint-Antoine est au-dessus du coût moyen AP-HP			
Sécurité incendie	+ 61%	Stérilisation	+ 17%
Jardin	+ 59%	Archives	+ 14%
DIM	+ 57%	Transport	+ 12%
Nettoyage	+ 36%	Brancardage	+ 10%
DSIO	+ 25%	DSI	+ 10%
Magasins	+ 25%	Déchets	+ 8 %
Finances et comptabilité	+ 24%	Gestion du personnel	+ 9%
Blanchissage	+ 19%	Génie biomédical	+ 6%
Restauration	+ 18%	Crèches et centres de loisirs	+ 5%

²² M. Lannelongue est inspecteur général des affaires sociales (IGAS)

Toutefois, les TCCM n'ont été produits qu'une fois et la comptabilité analytique est finalement assez peu exploitée. Chacun trouve en effet une justification pour expliquer le différentiel. L'écart peut tenir à la spécificité de la population prise en charge (précarité, spécificité des cas traités, ...) ou à la construction de l'établissement (les deux immeubles de grande hauteur (IGH) de l'hôpital Saint-Antoine lui impose le respect de normes de sécurité incendie et en conséquence, des frais de personnel important). Les surcoûts constatés peuvent également être liés au périmètre de la mesure : les coûts affectés au Département d'information médicale de l'hôpital Saint-Antoine intègrent ceux de l'Unité de santé publique qui n'existent pas nécessairement dans d'autres établissements.

Les responsables de pôle et les directeurs fonctionnels, interpellés par les résultats des comptes de résultats analytiques, attendent désormais la mise en place des TCCM par service pour être en mesure d'agir efficacement en ciblant les surcoûts qui pourraient probablement être diminués par une organisation plus efficiente.

Cet instrument pourrait également être utilement relié au tableau de bord stratégique du Conseil exécutif de l'hôpital Saint-Antoine, par exemple, en y faisant figurer les fonctions pour lesquelles un écart de plus de 15% est constaté.

3.2.2. L'analyse stratégique ne saurait s'appuyer que sur des éléments chiffrés

A. La place du commentaire pour approfondir un point précis.

Cet élément constitue le parent pauvre de l'exploitation du tableau de bord de l'hôpital Saint-Antoine, aucun commentaire rédigé n'accompagnant la présentation de cet outil synthétique. Il est essentiel de développer cette démarche, sous forme de reporting ou de simples commentaires permettant d'apporter des éléments qualitatifs indispensables au pilotage de cet établissement.

Il faut souligner que le siège de l'AP-HP procède ainsi : les responsables du domaine pilotage organisent une réunion des principales directions concernées (Direction des finances, Directions des ressources humaines). Cette réunion, qui précède chaque Conseil exécutif central, est l'occasion d'analyser collégalement les informations du tableau de bord avant sa présentation en instance et de rédiger les éléments de commentaires l'accompagnant.

Les responsables du domaine pilotage soulignent que la mise en place d'un diaporama de commentaires a véritablement été à la source d'une nouvelle dynamique autour du tableau de bord. Présenté sous forme de graphiques et de légendes rédigées, le commentaire permet de susciter la discussion et participe à l'animation du Conseil exécutif de l'AP-HP. Ses membres demandent de plus en plus régulièrement à ce que des informations complémentaires figurent au commentaire et que des fiches de détails soient rédigées sur des thématiques plus nombreuses. Cet outil apparaît également pédagogique car il développe la capacité à lire les chiffres.

L'arrivée prochaine d'un contrôleur de gestion à l'hôpital Saint-Antoine lui fournit cette opportunité. Il lui appartiendrait de rédiger un commentaire accompagnant le tableau de bord, dont la donnée brute ne fournit pas nécessairement les éclairages suffisant au Conseil exécutif. Le contrôleur de gestion prendrait ainsi contact avec les interlocuteurs concernés pour apporter des éléments qualitatifs permettant d'interpréter les données du tableau de bord. En effet la mobilisation des professionnels de chaque sphère – médicale, soignante ou administrative – peut être essentielle pour porter une analyse fine des dysfonctionnements et proposer les actions correctives qui s'imposent, expertise qui ne pourra être attendue du seul contrôleur de gestion.

Le type de commentaire qui pourrait être rédigé à l'occasion de la présentation du tableau de bord au Conseil exécutif de l'hôpital Saint-Antoine peut être relativement simple : il peut s'agir, comme c'est le cas du siège de l'AP-HP, d'expliquer un changement ou une tendance, observé sur un petit nombre de services ou, en l'espèce, d'établissements. Par exemple, lors du Conseil exécutif du 12 septembre dernier, l'un des commentaires du tableau de bord mettait en lumière les effets de la grève du codage, déjà évoquée en première partie, engagée sur l'initiative des praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital en protestation de la publication d'un décret augmentant sensiblement le niveau de redevance qu'ils versent à ce titre. La valorisation des intérêts des lignes de trésorerie (200 000 euros par mois) supportés par le siège de l'AP-HP, était ainsi précisée et les établissements particulièrement affectés distinctement mentionnés. L'hôpital Saint-Antoine, avec un taux d'exhaustivité de 54% apparaissant comme le plus touché par ce mouvement de protestation.

Le commentaire peut prendre la forme plus complexe d'un reporting, qui est d'ailleurs élaboré chaque trimestre à la demande du siège de l'AP-HP par la direction des finances de l'hôpital Saint-Antoine et qui consiste en un reporting du suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Par titre et parfois par compte, ce reporting d'une dizaine de page est l'occasion de réaliser un bilan d'étape de la mise en œuvre de

l'EPRD, de constater les éventuels « bonis » ou, à l'inverse, dépassement des montants dont les cibles ont été saisonnalisées. Les résultats mentionnés s'accompagnent d'une courte explication qui vient éclairer le siège de l'AP-HP sur les tendances de l'établissement.

B. Les précédents d'établissements de santé publics montrent que les contingences politiques, sociales voire sociétales doivent être intégrées

La décision qui s'impose et qui apparaît clairement par les informations fournies par le tableau de bord n'est pas nécessairement celle finalement prise. De nombreux paramètres et contraintes pèsent en effet sur les décideurs.

▪ La place du politique

L'on peut prendre l'exemple des interventions politiques, qui peuvent venir troubler une décision que les chiffres semblaient rendre indiscutables. Les précédents au sein d'établissements comme les centres hospitaliers de Saint-Affrique, de Paimpol ou de Carhaix montrent les réticences que peuvent opposer certains élus, soutenus par une population parfois mal informée des enjeux en termes notamment de sécurité, à la décision de fermeture du service de chirurgie ou de la maternité de l'hôpital de la ville dont ils ont la responsabilité.

▪ La place du dialogue social

Il faut également citer les conséquences sociales que sous-tendent certaines décisions et qui peuvent à ce titre en retarder la mise en œuvre voire la remettre en cause. De nombreux exemples de tentatives d'externalisation de fonctions logistiques, comme la blanchisserie, la restauration ou la sécurité des personnes et des biens, n'ont pas pu aboutir faute de solution de reclassement pour les agents affectés aux fonctions concernées ou du fait d'une opposition des organisations syndicales mobilisant la communauté hospitalière contre ce type de projet.

Un autre exemple récent au sein de l'AP-HP montre la place qui doit être accordée au dialogue social : l'annonce du regroupement des établissements de l'AP-HP en une douzaine de groupements hospitaliers, faite sans concertation préalable, engendre une forte mobilisation des organisations syndicales qui demandent le retrait de ce projet qui selon eux impliquera, du fait des mutualisations envisagées, des réductions de personnel importantes. A la lumière de cet exemple, il apparaît souhaitable d'associer les instances représentatives du personnel à la conduite de projets visant à élaborer une stratégie qui,

sans être nécessairement partagée et soutenue collectivement par la communauté hospitalière, sera construite après avoir recueilli l'ensemble des points de vue.

▪ **La place des usagers**

Enfin, la mesure de la performance des établissements de soins va probablement se développer dans les années à venir et pourrait devenir un élément à afficher en toute transparence, notamment à destination des usagers et plus largement du grand public. Cette tendance, exigeante pour les professionnels de l'hôpital, sera également stimulante, chacun souhaitant que son établissement obtienne les meilleures performances et soit ainsi attractif non seulement pour les usagers mais également pour le personnel médical, soignant et administratifs. Les vacances de postes s'expliquent en effet parfois par une mauvaise réputation ou des résultats médiocres en termes de qualité de la prise en charge, mis en lumière à l'occasion d'enquêtes de satisfaction ou d'affaires médiatiques.

Il existe une demande importante des usagers en la matière, qui se manifeste, comme nous l'avons évoqué, par la mise en place de sites internet officiels du type « Platines » ou par la publication de classements des hôpitaux, comme celui de l'hebdomadaire « Le Point » largement repris dans la presse locale.

L'impact de ces classements semble important pour les établissements de santé. Une étude²³ montre que près de la moitié des hôpitaux ayant des performances en dessous de la moyenne a mis en place des actions correctives en termes d'organisation, de marketing et de pratiques cliniques. En revanche, l'impact des données publiées sur les comportements des usagers est minime. En effet, l'enquête précise que l'information disponible serait trop complexe, trop dense et mal comprise. Elle ne répondrait pas aux attentes réelles des usagers, qui continuent d'accorder plus d'importance à leurs sources d'information habituelles (relations familiales, amicales ou professionnelles) qu'aux classements. Par ailleurs, un certain nombre de personnes attribuent les mauvais résultats obtenus par leur prise en charge soit à la qualité de leur médecin, soit à leur propre comportement, et n'évalue pas ou mal l'importance de l'organisation des soins sur leur état de santé. Il semble également exister une confiance modérée du public dans la qualité des données publiées. Enfin un certain nombre de personnes ne peuvent choisir l'hôpital qui les recevra.

²³ JJ. CHALE, M NAIDITCH. « Faut-il classer les hôpitaux ? Retour sur une enquête controversée ». La Recherche - 1999

Quoi qu'il en soit, il serait intéressant de mieux identifier les besoins des usagers et la nature des informations qu'ils souhaitent obtenir concernant le fonctionnement des hôpitaux, comme par exemple les délais d'attente aux urgences, pour les intégrer dès aujourd'hui parmi les indicateurs de pilotage du tableau de bord. Cette démarche, peu développée aujourd'hui est relativement complexe à mettre en œuvre. Des indicateurs non subjectifs restent délicats à définir en la matière. Toutefois, les objectifs du « plan qualité », mis en place en 2008 à l'hôpital Saint-Antoine, s'inscrivent dans cette perspective et intègrent des indicateurs mesurant la satisfaction des patients, notamment par un recueil et une analyse approfondie des plaintes et réclamations, mais également des lettres de remerciements adressées par les usagers. Gageons que cette démarche contribuera à améliorer la qualité de la prise en charge des patients de l'hôpital Saint-Antoine.

*

*

*

Conclusion

Piloter consiste à définir et quantifier le niveau de performance à atteindre, fixer et appliquer une stratégie, évaluer et analyser les résultats, puis mettre en place des actions correctives. Avec la mise en place de la tarification à l'activité, il ne s'agit plus seulement de s'organiser autour de moyens prédéfinis, mais bien de simuler différents scénarii stratégiques incluant des hypothèses de ressources et de dépenses.

A partir d'une réflexion approfondie sur les choix des indicateurs stratégiques et la détermination des cibles correspondantes, il paraît opportun de présenter l'ensemble des informations collectées sous la forme de tableaux de bord «équilibrés », l'objectif étant que les informations d'un cadran puissent trouver des compléments d'explication dans les indicateurs des autres cadrans. Cette méthode de lecture croisée n'est pas évidente à mettre en œuvre mais est essentielle pour donner du sens à ce recueil de chiffres et garantir une vision globale de la stratégie. Elle reste, nous l'avons vu, à développer plus systématiquement dans les pratiques quotidiennes des managers de l'hôpital.

La méthode retenue pour définir et pérenniser un tableau de bord constitue un élément essentiel et repose sur des facteurs clé de succès.

Tout d'abord, la communication autour des enjeux et des finalités du tableau de bord est essentielle afin de souligner, par exemple, qu'ils ont vocation à instaurer un dialogue entre le monde médical et administratif, selon un langage unique du fait de définitions partagées et qu'ils permettent de décliner la stratégie de l'établissement en actes concrets. Leur exploitation doit en effet permettre de soulever les problèmes, de pointer les dysfonctionnements et de proposer des solutions dont les effets seront mesurés dans les tableaux de bord suivants. L'une des forces du tableau de bord est qu'il peut constituer un formidable outil de communication et d'animation des équipes, qui peuvent se satisfaire de voir leurs efforts matérialisés par des résultats en amélioration et des indicateurs « au vert ». Plus qu'un simple document, le tableau de bord permet de prendre connaissance d'une situation, d'engager des actions correctives et de suivre son évolution, en somme de s'inscrire dans une démarche de pilotage et de conduite de projet.

Ensuite, cette méthode permet de dessiner un consensus autour des objectifs stratégiques pour l'hôpital sur ce qui forme sa performance, déclinés en indicateurs et en cibles à atteindre. Or, qu'y a-t-il de plus délicat que de regrouper une communauté hospitalière autour d'objectifs stratégiques consensuels ? L'une des difficultés est qu'il

s'agit tout autant de connaître ses objectifs pour définir les indicateurs de pilotage, que de disposer d'un tableau de bord pour mettre en évidence les axes de progrès. Le tableau de bord vient finalement en appui de la stratégie qu'il décline mais aussi qu'il corrige et qu'il fait évoluer. La priorité des membres du Conseil exécutif doit donc être de définir une stratégie claire et lisible pour la communauté hospitalière, qui soit inscrite au projet d'établissement et constitue le fil conducteur des actions mises en œuvre. De même, l'usage des tableaux de bord doit être soutenu par la Direction, l'information étant vue comme un enjeu de pouvoir. La complémentarité, voire la complicité entre la Directrice de l'hôpital Saint-Antoine et son Président de CME ne sont pas étrangers à la réussite du Conseil exécutif en la matière, ce binôme parvenant à en convaincre les membres d'aller dans le sens d'une stratégie qu'ils estiment porteuse pour l'hôpital.

Enfin, l'identification d'un pilote assurant l'animation autour du tableau de bord équilibré, la coordination du remplissage selon un calendrier précis et le suivi de la mise en œuvre des décisions stratégiques constitue indéniablement un facteur clé de succès dans l'utilisation de l'outil à des fins stratégiques. Il lui appartient également de suivre les actions correctives à mettre en place selon les informations mises en exergue par le tableau de bord et de s'assurer de l'existence des moyens nécessaires à cette action. Il faut donc définir l'émetteur de l'information, le responsable de l'action corrective et le coordonnateur de l'ensemble. Il est également essentiel de confier à ce pilote le soin de rédiger des commentaires venant éclairer la lecture des chiffres présentés en Conseil exécutif.

La mesure de la performance doit s'inscrire dans une perspective constante d'amélioration de la qualité des soins. Partagé par plusieurs acteurs et orienté vers la stratégie, le tableau de bord, qui doit intégrer cette dimension évolutive, permet de guider l'action et de prendre des décisions de manière rapide. Le lien entre recueil en routine d'indicateurs de performance et amélioration des résultats est presque évident. En effet, cette démarche s'accompagne généralement d'une dynamique de mobilisation pour renforcer la disponibilité de l'information et pouvoir assurer la publication de résultats en amélioration.

Dans les faits, le tableau de bord est un instrument dont la pleine utilité dépend de la conviction et de l'investissement de ses utilisateurs. Ainsi, cet outil n'a de sens que si le chef d'établissement, l'équipe de direction et les responsables de pôle s'en emparent et se penchent sur son contenu, pour en analyser les signaux d'alarmes et réagir immédiatement par des mesures correctives. Ceci, dans la mesure où leur autorité, dès

lors que ces actions s'inscrivent dans la stratégie d'établissement, leur permet de les voir mises en œuvre.

Pour autant que l'établissement se dote des moyens pour aller au-delà des chiffres et creuser les informations du tableau de bord, cet outil doit permettre d'anticiper sur les évolutions d'activité, de partager les enjeux pour l'hôpital et d'engager ensemble les actions qui s'imposent. A noter que le fait de consacrer ces ressources ne pas de soi dans les établissements de taille plus modeste que l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agit également de communiquer sur les résultats affichés par le tableau de bord de manière appropriée.

Sans ces pré-requis, il pourrait s'agir d'un énième outil, qui à terme, ne serait plus mobilisé dans l'appui d'aide à la décision stratégique et au pilotage de la performance de l'hôpital Saint-Antoine.

Bibliographie

1. Articles de périodiques

CHENOWETH J., 2001, « Making performance data public », *Health Exec*

FERNANDEZ A., septembre 2007, « Tableaux de bord : pourquoi mesurer la performance ? » *Le journal du net*

GILBERT P., CHARPENTIER M, LAYOLE G., Nov. 2007, « Evaluation et pilotage de la performance RH : donnez de l'intelligence à vos tableaux de bord », *Etude Entreprise et Personnel* – N°271

JOURDAN B., juin 2008, « Nouvelle gouvernance et reporting décisionnel : le cas de l'AP-HP »

LECLERCQ B., avril 2007, « Stratégie : vers une efficience globale » *AP-HP Mag*, n°111

LEDOYEN J-R., 2007, « De quels indicateurs les responsables de pôle ont-ils besoin ? » *Revue Soins Cadres De Santé* n°61

LOVERN E., December 2000, "Reaping healthy profits; 100 hospitals manage to come on top even in year plagued by financial ills", *Modern Healthcare*

MEBIUS C., 1999, "Public Disclosure of Health Care Performance Reports: Comments and Reflections from Sweden", *Int J Qual Health Care*

NOBRE T., 2002, « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital ? » *Gestions hospitalières* n°414, p.171-179

SERRE O., SIGNAC F., 2007, « Vers l'efficience : Élaboration de tableaux de bord : Une ardente obligation », *Gestions hospitalières*, n° 470

VERGNENEGRE A, 2006, « Les outils de l'évaluation des soins », *Revue Mal Respir*, Service de l'Information Médicale et de l'Évaluation, Service de Pathologie Respiratoire et d'Allergologie, Hôpital du Cluzeau, CHU de Limoges, Limoges, France.

2. Ouvrages

AÏM R., janvier 2004, « *Indicateurs et tableau de bord* », 100 Questions Pour Comprendre, Edition Afnor

ANAES, Mai 2002, « *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, Principes généraux* »

CHALE JJ., NAIDITCH M., 1999, « *Faut-il classer les hôpitaux ? Retour sur une enquête controversée* », La Recherche.

DEMEESTERE R., février 2002, « *Le contrôle de gestion dans le secteur public* », LGDJ

EGGLI Y., BASTERRECHEA L., BEROUD C., HALFON P., NGUYEN N, PERRET A., SEKER E, YALCIN T, 1997, « *Tableaux de bord et de suivi : conception détaillée* », Lausanne : Hospices cantonaux, Office de la planification et de l'évaluation

GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P., 2008, « *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité* », EHESP, 327 pages

Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), 2005, « *Etat de l'art en matière de méthodes et d'outils de pilotage, illustration des déclinaisons possibles dans les établissements de santé* »

FROMAN B., GOURDON C., mai 2003, « *Dictionnaire de la qualité* », Association Française de Normalisation, AFNOR Editions, Paris, 228 pages.

IMBERT J, 2007, « *Les tableaux de bord RH. Construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage* », Editions d'organisation

KAPLAN R. S. et NORTON D. P., mai 2003, « *Le tableau de bord prospectif* », Editons d'organisation, Paris

KAPLAN R. S. et NORTON D. P, Harvard USA 1998-2004, 2001, « *Comment utiliser le tableau de bord prospectif* », Edition d'organisation, Paris

MENDOZA C., DELMOND M-H., GIRAUD F. LÖNING H, 2002 « *Tableaux de bord et Balanced Scorecards* » Guide de gestion, RF

SHORTELL S. M., BENNETT C.L., and BYCK G.R., 1998, "Accelerating the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: Assessing the Evidence and Recommendations for "Improvement"", the Milbank Quaterly, Vol. 76, N° 4.

VOYER P., 1999, « *Tableau de bord de gestion et indicateurs de performance* », p.21-37, PUQ, 446 pages

3. Mémoire

LHOMME Y., 2006, « *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse* ». Mémoire de Directeur d'Hôpital, ENSP, Rennes

4. Rapports

VASSELLE A. et CAZEAU B., juin 2008, « *Pour une gestion responsable de l'hôpital* » Rapport d'information n°403 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat.

OCDE ECO/WKP, juin 2007, "Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : indicateurs sélectifs de la performance des hôpitaux"

Promotion 2006-2008 « Aristide BRIAND » Ecole Nationale d'Administration, février 2008, « *La performance et l'efficience hospitalières* ».

5. Sites internet

www.atih.sante.fr

www.gmsih.fr

www.meah.sante.gouv.fr

www.piloter.org

www.reformes-hospitalieres.com

www.platines.sante.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 - Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 2 - Les indicateurs COMPAQH généralisables

ANNEXE 3 - Exemple de fiche d'indicateur de l'hôpital Saint Antoine

ANNEXE 4 - Conférence Hôpital Expo - Jeudi 28 mai - Le pilotage opérationnel des pôles, l'étape d'après ... (en lien avec la MeaH)

ANNEXE 5 – Extrait du tableau de bord de l'hôpital Saint-Louis (Avril 2008)

Annexe 1 - Liste des personnes rencontrées

1. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

- **Siège**

Stéphanie DECOOPMAN, Chargée de mission auprès du Directeur des finances

Eve PARIER, Directeur de projet Pilotage dans le cadre du Nouveau Système d'Information de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

- **Hôpital Saint-Antoine**

Chantal DE SINGLY, Directrice

Jean-Claude PETIT, Président du Comité Consultatif Médical

Bertrand GUIDET, Médecin responsable du pôle urgence et médecine d'aval généraliste

Namik TARIGHT, Médecin responsable du département d'information médicale

Evelyne BANAS, Cadre administratif du pôle urgence et médecine d'aval généraliste

Laurence CHACUN, Cadre administratif du pôle gynécologie-endocrinologie-obstétrique

Martine CHANEMOUGAGNE, Cadre administratif du pôle biologie-imagerie

Pascal CUROT, Cadre administratif du pôle os et articulation

Christine CRESPO, Cadre administratif du pôle digestif et anesthésie-réanimation

Alexandra LAMPER, Cadre administratif du pôle oncologie-hématologie

- **Hôpital Saint-Louis**

Philippe SUDREAU, Directeur de l'hôpital Saint-Louis

- **Hôpital Tenon**

Dr Etienne HINGLAIS, Chef du service des urgences, Membre de la CME de l'AP-HP

2. Etablissements de santé publics hors Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Bruno MORETTE, Directeur des finances, des usagers et de la qualité du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts – Paris 12e

Lazare REYES, Directeur du centre hospitalier les Murets, La Queue - en - Brie – Val de Marne

Karine ISTIN, Directeur du centre de ressources « contrôle de gestion et système d'Information », Hôpital Edouard Herriot Hospices Civils de Lyon

3. Structures privées

Mme Bao Hien DANG VU, Consultante sénior Cabinet Accenture

M. Frédéric JOUANEL, Directeur du contrôle de gestion central de la Société des Galeries Lafayette

ANNEXE 2 - Les indicateurs COMPAQH généralisables

Les indicateurs ci-dessous sont classés par objectif prioritaire et par numéro d'indicateur.

OP n°1 : Lutter contre la douleur

OP n°2 : Assurer la continuité de la prise en charge des patients

OP n°3 : Lutter contre les troubles nutritionnels

OP n°4 : Améliorer la sécurité des patients

OP n°5 : Prendre en compte le point de vue des patients

OP n°6 : Pratiques cliniques

OP n°7 : Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient

OP n°8 : Garantir l'accessibilité

OP n°9 : Garantir la coordination des soins et améliorer la prévention secondaire

OP	N°	Nom de l'indicateur	MCO	CLCC	Psy	SSR
1	19	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	X	X	-	X
2	1	Conformité du dossier patient	X	X	X	X
2	2	Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation	X	X	X	X
2	10	Conformité des demandes d'examen d'imagerie	X	X	-	-
2	43	Conformité du dossier anesthésique	X	X	X	-
3	3	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte	X	X	X	X
4	6	Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)	X	X	X	X
4	14	Taux d'infections du site opératoire (SURVISO)	X	X	-	-
4	15	Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient (ICSHA)	X	X	X	X
4	16	Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient	X	X	X	X
4	17	Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient	X	X	X	X
5	4	Satisfaction du patient hospitalisé	X	X	X	X
6	22	Pratique clinique : Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë	X	-	-	-
6	23	Pratique clinique : Prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral	X	-	-	-
8	7	Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle	X	X	X	X

Annexe 3 – Exemple de fiche indicateur de l'hôpital Saint-Antoine

	INDICATEUR TABLEAU DE BORD	Code indicateur
14/12/2006	Taux de transferts à partir des urgences par manque de place ou indisponibilité des équipes hospitalières	
Libelle long :	Taux de transferts à partir des Urgences par manque de place ou indisponibilité des équipes hospitalières	
Vue métier :	Activité, clinique, urgences	
Unité :	-	Nature : Calculé
Format :	Numérique, %, 1 chiffre après la virgule	
Agrégation temporelle minimum :	Mensuel	Agrégation structurelle minimum : Hôpital
Rythme de chargement :	Quotidien	Historique : 2002 (Necker exclus)
Statut :	Validé	date de validation : 07/03/2005
Indicateur père :	-	Indicateur composite -
Définition de l'indicateur	<p>Nombre de transferts depuis l'accueil des urgences par manque de place dans l'hôpital ou indisponibilité des équipes chirurgicales ou interventionnelles (renseignement URQAL) , rapporté au nombre de patients hospitalisés, transférés et admis ; taux mensuel cumulé.</p> <p>Ne sont prises en compte que les structures d'urgence dites "autorisées" (SAU, POSU, UPATOU). Ces transferts sont dits "non organisés", par opposition aux transferts organisés faute de la discipline nécessaire sur place (psychiatrie, neurochirurgie, maternité...), et aux transferts demandés par le patient par commodité ou choix personnel. Le motif de transfert correspond au code</p> <p>Ne sont pas pris en compte les transferts depuis la ZSTCD.</p>	
Règle de gestion	<p>Il s'agit du rapport cumulé entre le nombre des passages aux urgences pour lesquelles les motifs de transfert sont "manque de lit" ou "indisponibilité en chirurgie" et le total des passages aux urgences (structure "autorisée" : SAU POSU et UPATOU)</p> <p>Propriétaire des données : Chargé de Mission (mission 4 : études prospectives), Service de la Stratégie et de la Politique Financière – SPF, Direction Economique et Financière (DEF).</p>	
Formule de calcul de l'indicateur	$\frac{\text{Nombre de transferts (manque de place ou indisponibilité des équipes) après passage aux urgences}}{\text{nombre de passages aux urgences}}$	
Commentaires		
Restitution	TbB CE, Hôpital, format mensuel et annuel - Cadran Activité, Groupe Urgences. EDP, indicateur précalculé	
Application source	EDP	
Axes associés		

Annexe 4 - Le pilotage opérationnel des pôles, l'étape d'après ...

HOPITAL EXPO JEUDI 28 MAI 10H00 – 12H30

Modérateur :

Dr Maxime CAUTERMAN, Responsable des chantiers pilotes, MeaH, Paris

Ouverture :

Dr Maxime CAUTERMAN, Responsable des chantiers pilotes, MeaH, Paris

Ce chantier a été intégré au programme de la MeaH du fait d'une forte demande émergeant du terrain. Il s'agissait de s'interroger sur la place du pôle comme un nouvel acteur à positionner dans la gestion de l'établissement, la gestion tout comme le pilotage recouvrant plusieurs dimensions (stratégie, institutionnelle, finances, opérations, RH, tableaux de bord et indicateurs vs décision, passation de consigne, communication, contrôle, quotidien vs projets, reporting vs animation).

L'appel à projet a été lancé en décembre 2006. Huit établissements ont été retenus : CH D'Annecy (74), CHI de Toulon La Seyne sur Mer (83), CHU Saint-Antoine (75012), CH de Périgueux (24), CH de Versailles (78), CHI de Poissy Saint-Germain en Laye, CHU de Nantes (44), Clinique Les Cèdres – CAPIO (31).- Les quatre premiers établissements sont accompagnés par le cabinet Apave, les quatre autres par le cabinet Ineum Consulting et ont commencé leurs travaux en avril 2007.

1. Le parti pris : la gestion des opérations est la dimension à investiguer en premier lieu

Le pôle est une entité de production de soins dont l'objectif est de « bien produire ». A ce titre, la gestion des opérations est la dimension à investiguer en premier lieu : c'est là que se situe sa valeur ajoutée. Ce parti pris oriente la nature du pilotage à développer : il ne se réduit pas à la lecture d'un tableau financier et doit être tourné vers le pôle (animation) au moins autant que vers l'extérieur (reporting). De plus, investir la gestion des opérations appelle à développer des compétences et à adopter une posture spécifique : les responsables de pôles ne sont pas des directeurs financiers, les capacités de gestion de projet et de conduite du changement revêtent un caractère essentiel, la maîtrise de l'environnement (réglementation, financement...) mais surtout, la maîtrise des outils de la production (planification, programmation...) est indispensable.

2. Quelques constats à l'issue de la première phase

D'abord, les préoccupations autour de la nouvelle gouvernance demeurent très institutionnelles (découpage, nominations, écriture de projets, négociation de délégations de gestion). Ensuite, le développement du pilotage met l'accent sur le dialogue de gestion pôle / direction et Inter pôles, sur les outils plutôt que sur l'animation et sur les indicateurs de résultat plutôt que de process.

Enfin, les questions financières, certes légitimes, influent largement sur les discours et les orientations: le développement de la comptabilité analytique et de l'analyse financière sont considérés comme des priorités alors que l'hôpital est une « industrie de main d'œuvre ».

La démarche proposée a consisté dans un premier temps à identifier les opérations clé du pôle, puis à identifier la valeur ajoutée du pôle pour les maîtriser avant de s'intéresser aux différents temps nécessaires à leur maîtrise (planification, programmation, régulation, feed-back). Enfin, il a été décidé de développer le pilotage autour de ces temps utiles et d'indicateurs ayant trait au déroulement des opérations (process) plutôt qu'à leur résultat.

Les pôles ont tous choisi de travailler autour de la gestion des lits et sur l'un des axes suivant : opérations (gestion du bloc, des consultations externes, de la recherche, du circuit du dossier, de la production des compte rendu hospitalier), gestion des ressources humaines (planification du temps médical, du temps soignant, développement de la polyvalence, définition de nouvelles fonctions, recrutement) communication et marketing (extérieure ou interne), stratégie (définition de nouvelles activités, évolution de l'organigramme), ou finances (optimisation du codage).

3. Le tableau de bord des opérations proposé par la MeaH

Gestion des lits

- Taux de pré admissions conformes
- Taux de DPS renseignées dans les 48h
- Taux d'occupation du vendredi
- Taux de journées consommées par des séjours longs
- Nombre de séjour multi-unités
- Nombre de mutations du vendredi soir
- Taux de sorties réalisées avant 12h

Prestations sociales

- Délais admission / obtention de l'aval
- Nombre de demandes d'aval par patient

Clôture des séjours

- Taux de CRH envoyés en plus de 8j
- Délai moyen de codage
- Délai moyen de retour du dossier aux archives

UCA / HDJ

- Taux de déprogrammation à J0
- Taux de transformation en HC
- Nombre de séjour de 1 nuit
- Nombre de séjours de 0 nuit hors UCA/HDJ

Bloc opératoire

- Taux de programmation à J-8
- TROS
- Taux de débordement
- Horaire moyen de la première incision

Plateau de consultation

- Taux de décroché
- TROS
- Délai d'attente moyen en salle d'attente
- Taux de recouvrement direct

4. Les messages clés

Les pôles peuvent construire leur légitimité et trouver leur utilité sur la dimension opérationnelle de la gestion. En effet, la gestion des opérations est proche du « métier », du quotidien des équipes. Elle permet de donner du sens au travail de gestion et demeure une dimension peu occupée par

ailleurs. Elle est la condition sine qua non d'une gestion maîtrisée des ressources humaines et est indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie. Des opérations maîtrisées ont forcément un impact sur les finances.

Le pilotage des pôles peut se développer autour de la gestion des opérations. Il implique le suivi d'informations spécifiques aux opérations (type « contrôle de gestion »). Il doit être centré sur les processus autant que sur les résultats et orienté vers la passation de consignes et l'échange d'informations utiles à la gestion des opérations quotidiennes plutôt que vers le reporting pour la direction. Enfin, la gestion des opérations peut permettre de bâtir un vrai projet de pôle, centré sur son fonctionnement quotidien autant que sur son positionnement au sein de l'institution.

L'expérience du pôle Médecine Interne et Cardiovasculaire du CHI Poissy/Saint Germain en Laye : la gestion des lits

Gérard LEROY, Chef du service de cardiologie

Les données PMSI montraient que certains séjours très longs consomment une part élevée des journées d'hospitalisation. Or beaucoup de séjours dépassent de peu la DMS nationale et il existe une proportion importante de séjours multi-unités alors qu'un seul GHM est codé. De plus une enquête a montré que 25 à 30% des journées sont « inappropriées ». Les causes d'allongement du séjour sont multiples : prise en charge initiale non optimale (attente aux Urgences, transfert après séjour en UHCD, transfert après séjour dans un service d'hébergement), gestion inappropriée (lit non libéré dès le matin), sortie du patient mal préparée, demande d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés non indispensables ou à faire ultérieurement en ambulatoire, ...

La mise en place du logiciel « *SUIVPATIENTS* » vise à remédier à ces dysfonctionnements. Il consiste à fixer une date de sortie prévisionnelle initiale (DSPI), en fonction du diagnostic, des comorbidités associées et de l'expérience du médecin sénior. Elle ne tient pas compte du besoin éventuel d'une structure d'aval et doit être fixée le plus tôt possible (<48 heures après l'entrée). Elle est immuable, l'idée étant de la suivre chaque jour et de l'ajuster si nécessaire. Le logiciel calcule une date de sortie prévisionnelle ajustée (DSPA). La cause de prolongation du séjour est précisée. Un système d'alerte et de prévention (Push System) permet de surveiller les durées de séjours excessives. Le logiciel met enfin à la disposition des responsables des indicateurs de pilotage, des tableaux d'occupation des lits en temps réel et prévisionnel (DSPI et DSPA), qui permettent le lissage de l'activité sur la semaine et la programmation des entrées.

La mise en œuvre de ce dispositif a permis de constater une diminution sensible de la DMS et une augmentation du nombre de patients pris en charge. Le fait d'identifier les causes de dépassement permet de réfléchir à des solutions pour les éviter.

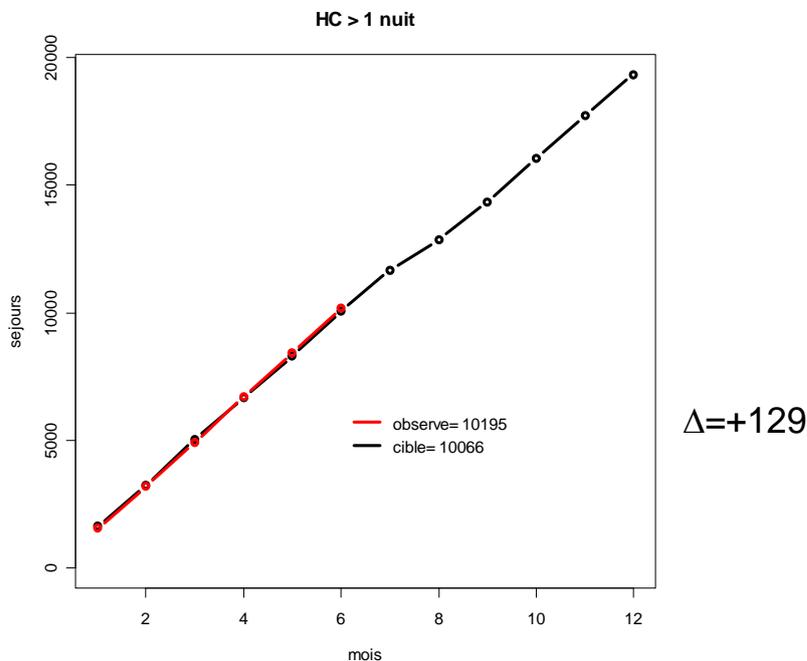
L'expérience de la clinique des Cèdres de Cornebarrieu : le « pôle » : une opportunité pour donner du sens à un projet d'établissement

Véronique DAHAN, *Directeur opérationnel*

La demande de participation au chantier MeaH repose sur la volonté de développer les disciplines de neurosciences de manière inter-disciplinaire entre la chirurgie et la médecine. Ceci, dans le cadre d'un projet médical de coopération autour de la stimulation profonde du parkinson nécessitant les actes chirurgicaux et le suivi médical per et post opératoires en hospitalisation de jour ou de semaine. La création d'une UNV répondant à la fois aux besoins de la neurochirurgie et de la neurologie était également proposée. Enfin, il était nécessaire d'améliorer la complémentarité amont / aval entre la neurologie et la neurochirurgie sur la pathologie neurovasculaire.

Les moyens des différents services ont été mutualisés et les plannings des agents sont gérés au niveau du pôle, la plupart d'entre eux étant polyvalents. La mise en place du pôle de neurosciences a permis de fédérer les différentes parties prenantes autour d'une activité innovante (l'électro stimulation profonde) au sein d'un pôle qui reste globalement équilibré.

HC > 1 nuit : données cumulées



Evolution des séjours par pôles

