



EHESP

Filière Directeurs des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**LES OUTILS DE PILOTAGE
UN LEVIER MANAGERIAL POUR
LE DIRECTEUR DES SOINS**

Eric BODIN

Remerciements

Ils s'adressent :

Aux professionnels, qui ont participé à l'enquête et qui m'ont permis d'étayer ma réflexion.

Nous exprimons notre gratitude à tous les intervenants de l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour l'aide apportée et les conseils prodigués.

Nous sommes reconnaissants à toutes les personnes, amis et collègues pour leur soutien et leur écoute pendant la formation ; ils se reconnaîtront.

A Jean Michel LIGNEL, pour l'aide apportée tout au long de ce travail

Et plus particulièrement,

A Simon, Justine et Léon pour leur soutien attentif, et à Nathalie pour sa compréhension sa patience et son engagement sans faille.

Sommaire

Introduction	1
1 Le pilotage des établissements de santé	5
1.1 Le contexte réglementaire :	5
1.2 Les outils de pilotage :	7
1.2.1 Les enjeux des outils de pilotage :	7
1.2.2 Les indicateurs :	9
1.2.3 Le tableau de bord équilibré :	11
1.3 L'approche conceptuelle :	12
1.3.1 La performance hospitalière :	12
1.3.2 Le management stratégique :	15
1.3.3 La subsidiarité :	16
1.4 Conclusion de la première partie :	19
2 L'enquête du terrain	20
2.1 Les objectifs :	20
2.2 Les méthodes de validation :	20
2.2.1 Les objectifs de l'enquête :	20
2.2.2 L'analyse comparée :	21
2.2.3 L'enquête et ses limites :	22
2.3 L'analyse des entretiens :	22
2.3.1 Le rôle des outils de pilotage :	23
2.3.2 Définir la performance hospitalière :	26
2.3.3 Le lien entre outil de pilotage et performance :	29
2.3.4 Rôle des outils de pilotage dans la communication :	30
2.3.5 Place des outils de pilotage dans la prise de décision :	32
2.3.6 Rôle du Système d'Information Hospitalier dans le recueil et la diffusion des informations :	33
2.4 Conclusion de la deuxième partie :	35

3	Concilier outils de pilotage et management stratégique, des préconisations pour le directeur des soins.....	36
3.1	Développer une vision partagée :	36
3.1.1	Avoir une définition commune de la performance :	36
3.1.2	Mettre en place une communication bi-directionnelle :.....	37
3.2	Les indicateurs un outil fondamental dans la gestion de projet :	39
3.2.1	Tableau de bord et gestion de projet :	39
3.2.2	Un exemple de tableau de bord, l'élaboration du rapport d'activité :	40
3.3	Les outils de pilotage adaptés à chaque strate :	41
3.3.1	L'utilisation du tableau de bord équilibré :.....	41
3.3.2	Le rôle du Directeur des soins dans l'accompagnement des cadres de santé :	42
3.4	Conclusion de la troisième partie :	43
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	48
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Agence Française de NORmalisation
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé
ANAP : Agence Nationale d'Amélioration de la Performance des établissements de santé et médico sociaux
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CPOM : Contrat d'Objectifs Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CS : Cadre de Santé
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DMP : Dossier Médical Personnel
DREES : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP : École Haute Études en Santé Publique
DAF : Direction des Affaires Financières
DG : Directeur Général
DIM : Département d'Information Médicale
DMP : Dossier Médical Personnel
DS : Directeur des Soins
DSI : Direction des Services Informatique
GHM : Groupes Homogènes de Malades
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité en Santé
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PCME : Président Commission Médicale d'Établissement
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Programme Régional de Santé
SIH : Système d'information Hospitalier

SID : Système d'Information Décisionnel

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

TBP : Tableau de Bord Prospectif

T2A : Tarification à l'Activité.

Introduction

Les différentes crises sanitaires des années 1980 et 1990 (sang contaminé, hormones de croissance, encéphalopathie spongiforme bovine) ont démontré l'importance de mettre en place des démarches qualité et de renforcer la qualité et la sécurité des soins. Le contexte réglementaire¹ a évolué pour prendre en considération cette nouvelle dimension qui, aujourd'hui, occupe une place prépondérante dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Les relations entre les usagers et les établissements de santé ont changé. Les patients et leurs familles revendiquent plus de sécurité, une maîtrise des risques, des prestations de qualité. Ces attentes ont amené les institutions à initier des démarches qualité validées, codifiées et formalisées.

Compte tenu des évolutions du secteur de la santé, les établissements de santé ont dû mettre en place des outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les outils de pilotage sont devenus indispensables à la gouvernance des établissements de santé, car ils contribuent à l'amélioration de la performance hospitalière.

« Décider, c'est déclencher le passage à l'action après avoir choisi une direction d'évolution. Si les informations initiales sont incomplètes et le parcours mal identifié, il faudra quand même décider. Il n'existe pas de décision sans prise de risques. ² »

Ces constats obligent les directeurs d'hôpitaux à évaluer en continu à l'aide d'outils de pilotage, de suivi de la qualité et de la sécurité des soins en intégrant les données d'activité et financières.

Les réformes successives ont modifié l'organisation hospitalière. Afin de rationaliser les dépenses de santé, des outils informatiques d'analyse et de gestion ont vu le jour. Le Programme de Médicalisation du Système d'information (PMSI) a permis de mesurer les coûts de prise en charge. *« Le taux d'occupation des lits de soins curatifs offre de réelles marges de progrès : il s'établit à 74,4 %, ce qui est inférieur à la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), de 76,1 % en 2009. On estime à 11 000 le nombre de lits de chirurgie occupés à moins de 50 % ³ »*

Par ailleurs, la Cour des comptes⁴ soulignait que *« les acteurs ne se donnent pas les moyens de connaître objectivement la performance de leur organisation et de leurs pratiques. Ne sont généralement mesurés ni les temps d'activité des blocs opératoires, ni les débordements d'horaires souvent coûteux, ni les durées des étapes du parcours dans l'hôpital, ni les temps d'attente, ni les redondances de prescriptions »*. La Cour estimait que

¹ Le contexte réglementaire sera traité dans la partie 1-1-1

² FERNANDEZ A., octobre 2005, *l'essentiel du tableau de bord*, Mouguerre : Editions d'organisation, p.XVI

³ Rapport l'hôpital IGAS 2012 la documentation française p. 26

⁴ www.ccomptes.fr/chap5 Organisation de l'hôpital.pdf site consulté le 25 septembre 2014, p.140

« cette opacité [était] préjudiciable à la bonne gouvernance et [retardait] les décisions utiles pour l'avenir de l'établissement ».

Pour suivre les indicateurs et les tableaux de bord, les hôpitaux s'appuient sur les Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH). Selon l'atlas SIH 2014 « 79% des établissements ont les capacités de déployer le système d'information, seulement 54 % des établissements ont un dossier informatisé qui intègre les résultats de biologie. 23 % des établissements ont les pré-requis demandés par le programme hôpital numérique »⁵. Le grand nombre de logiciels, leurs disparités d'un établissement à l'autre et la non interopérabilité seront une des limites pour le recueil exhaustif et fiable des indicateurs.

Au cours de ma formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) j'ai constaté que l'utilisation de ces outils restait encore inégale. Lors de mes stages, j'ai mesuré l'intérêt du tableau de bord de suivi d'indicateur pour le directeur des soins (DS). Selon l'article 4 du décret du 29 Septembre 2010⁶ « il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ». Ce même article indique que « le DS élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Pour atteindre ces objectifs, le DS s'appuie sur des outils de pilotage qui lui permettent d'objectiver les différents champs d'activité de la direction des soins. A l'interface avec les sphères médicale, soignante et administrative, le DS a une position stratégique et est amené à conseiller le directeur général dans la prise de décision sur certains projets. Il semble important qu'il puisse étayer sa réflexion et son argumentation grâce à des outils de pilotage fiables et pertinents.

En m'appuyant sur mon expérience antérieure et les enseignements reçus je me suis interrogé sur l'aide méthodologique que pouvaient apporter dans la prise de décision les outils de pilotage en particulier les tableaux de bord et les indicateurs.

La notion de tableau de bord est souvent associée au terme de performance. L'analyse et le suivi d'indicateurs ont pour objectif d'identifier des leviers et des pistes d'optimisation des activités et ou des organisations couramment utilisés. Les tableaux de bord ont dans leur utilisation actuelle une fonction essentiellement rétrospective. Des indicateurs bien choisis mesurent la qualité des soins, la sécurité, l'optimisation des organisations, la maîtrise des

⁵ Atlas 2014 des SIH, Direction Générale de l'Offre de Soins, ATIH p. 4

⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant le statut du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière article 4.

dépenses. Ces outils permettent aux managers hospitaliers, de prendre des décisions, manager, contrôler et évaluer les processus. La diversité des champs couverts oblige la direction des soins à réfléchir sur les indicateurs prioritaires à intégrer dans son tableau de bord. Pour pouvoir se projeter et anticiper les changements le DS se doit d'engager une réflexion sur la méthodologie de construction de son tableau de bord.

Dans cette réflexion, il convient de s'appuyer sur des expériences issues du monde industriel.

Une des pistes développée dans le monde industriel est le tableau de bord prospectif qui est une méthode qui a été lancée en 1992 par Robert S. Kaplan et David Norton. L'objectif de cet outil est de mesurer les activités d'une entreprise en quatre perspectives principales : l'apprentissage, les processus, les clients et les finances. En transposant cette approche à l'univers hospitalier, l'étude n'est pas seulement financière mais elle se base aussi, sur l'articulation et l'organisation humaines qui permettent d'obtenir des résultats financiers. Le but étant de mettre en adéquation les ressources humaines avec les projections d'activité. La mesure de la performance n'est pas une mesure actuelle mais plus une mesure future. Le principe de cet outil est d'anticiper les changements de l'organisation. Selon Thierry NOBRE⁷ *« le tableau de bord devient ainsi un outil dont l'objectif n'est plus uniquement de recenser des variables rendant compte des résultats de l'entreprise, mais aussi de traduire les évolutions des caractéristiques internes à l'origine de la performance de l'entreprise. Cela permet aux responsables d'anticiper la prise de décision sans attendre le feedback des réactions de l'environnement au travers des indicateurs financiers. »* Compte tenu de la dimension multiple de la performance dans les hôpitaux (qualité des soins, sécurité, optimisation des organisations, maîtrise des dépenses de santé), le tableau de bord prospectif semble adapté à ce contexte.

Le DS a besoin de disposer d'un tel outil fonctionnel pour l'aider dans sa prise de décision. Le tableau de bord prospectif doit être connecté et interfacé avec d'autres outils de l'hôpital comme les données du projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Selon PELJAK⁸ *« Les hôpitaux se caractérisent par conséquent par des prises de décision incrémentales, chaque décision étant le résultat d'un équilibre momentané des forces en présence, par une tendance au repliement interne et par un faible sentiment d'appartenance à l'organisation au profit d'une tendance au corporatisme. Dans un contexte d'objectifs multiples, de pouvoir diffus et de technologies en transformation, la structure pyramidale des hôpitaux apparaît comme largement dépassée. La notion de subsidiarité permet de conduire une réflexion sur les décisions qui peuvent être déconcentrées à l'échelon d'un pôle médical ou médico-technique à la tête duquel se trouveraient un*

⁷ NOBRE T., « quels tableaux de bord pour l'hôpital », manuscrit publié de 21^{ème} congrès de l'AFC p.3

⁸ PELJAK Dominique, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXI^e siècle », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 139.

médecin, un cadre gestionnaire et un cadre infirmier. » L'adhésion des cadres de proximité est un gage de réussite dans la mise en place de ces outils de pilotage.

La nouvelle gouvernance a favorisé la délégation de gestion et la subsidiarité. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) demande à chaque établissement d'assurer le recueil d'Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Il faut trouver le juste équilibre entre le suivi obligatoire de certains indicateurs et les choix du pôle de mettre en place d'autres indicateurs qu'il faut encourager et promouvoir. C'est à ce prix que le principe de subsidiarité fonctionnera. Par conséquent il sera plus facile de mettre en place des indicateurs de suivi et de les intégrer dans un tableau de bord.

Face à ces constats notre question de départ est la suivante :

En quoi les outils de pilotage de l'activité constituent-ils un élément indispensable au management stratégique du directeur des soins ?

A partir de cette question de départ, nous posons quatre axes d'investigation pour mieux cerner la pertinence du tableau de bord dans le quotidien du directeur des soins.

Quel est le rôle des outils de pilotage ?

Quel est la place et la pertinence du tableau de bord dans le cadre du management stratégique du DS ?

Quel est l'apport des tableaux de bord dans la communication et la prise de décision ?

Quel est l'importance du SIH dans le recueil des indicateurs ?

Dans une première partie, nous présenterons le contexte réglementaire, le pilotage des établissements de santé, puis nous définirons la performance hospitalière, le management stratégique, et la subsidiarité.

Dans une deuxième partie, l'enquête de terrain tentera d'éclairer les axes d'investigation de la recherche. Nous analyserons les représentations des outils de pilotage par les managers hospitaliers. Nous verrons comment le directeur des soins peut utiliser ces outils dans son quotidien.

Enfin, dans la troisième partie, à partir des résultats de l'enquête et des différentes recherches, nous proposerons les axes de réflexion professionnelle et les actions à mettre en œuvre dans la perspective d'une prise de fonction.

1 Le pilotage des établissements de santé

L'utilisation des outils de suivi et de pilotage par les managers hospitaliers permet de suivre en continu l'activité et d'évaluer la performance de l'établissement. Le pilotage présente de nombreux avantages pour le manager et l'institution :

- Une cohérence et une pertinence entre les objectifs et l'organisation permettant d'orienter la prise de décision du directeur des soins.
- L'élaboration du tableau de bord se réalise dans une démarche participative avec l'ensemble des acteurs hospitaliers.

La réussite de ce pilotage (de l'élaboration à la mise en place et à l'évaluation) ne donnera des effets positifs que si, dans ce projet, le dialogue et le partage prennent une place fondamentale.

L'enjeu des outils de pilotage est de mettre en place une stratégie forte, partagée par les acteurs, avec une utilisation au niveau opérationnel.

1.1 Le contexte réglementaire :

La loi du 31 juillet 1991⁹ fait émerger la notion de démarche qualité. Cette notion a été renforcée par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996¹⁰. Dans le titre 2 de l'ordonnance, il apparaît la notion d'accréditation des établissements de santé. Pour évaluer la qualité et la sécurité des soins, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) a vu le jour en 1996. Cet organisme a été remplacé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005. Les principales missions de l'HAS sont la certification des établissements de santé tous les quatre ans et l'élaboration de guides de bonnes pratiques. Le Critère 2.e du manuel de certification version V2014 évalue l'utilisation des indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement. L'HAS contribue à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé. En 2008, l'HAS met en place un recueil et un suivi annuel d'indicateurs (IPAQSS). Ces indicateurs ont pour objectif de garantir une meilleure qualité de prise en charge des patients tout au long de leur parcours. Ce recueil obligatoire sensibilise les hôpitaux sur l'intérêt de la mise en place d'indicateurs.

La loi du 4 mars 2002 a renforcé les droits des patients et la qualité du système de santé. « Cette loi garantit une égalité d'accès aux soins. Avec ce texte c'est *l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui doit évaluer la qualité et l'efficacité :*

⁹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée titre 2

des actions de prévention, des diagnostics et des soins, c'est la démocratie sanitaire »¹¹. Les usagers sont de plus en plus attentifs à la qualité de leur prise en charge.

Au sein de l'ordonnance du 2 mai 2005¹², l'article (Art. L. 6146-1) du code de la santé publique définit « *Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.* » C'est la nouvelle gouvernance et la création des pôles. L'ordonnance adapte en particulier l'organisation interne et le management de l'hôpital en vue de médicaliser la gestion et de responsabiliser les acteurs. L'article « Art. L. 6146-9. précise que *Dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur. Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.* » La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques voit ses compétences élargies et renforcées, notamment dans le domaine de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le mode de financement des hôpitaux a évolué avec la loi du 18 décembre 2003¹³ avec la création de la tarification à l'activité en 2004. Elle définit le dispositif juridique nécessaire à la mise en œuvre d'un nouveau système de financement. La tarification à l'activité a permis de stimuler les structures de soins publiques, en responsabilisant les acteurs et en développant les instruments de contrôle de gestion (pilotage médico-économique). Cette réforme a débuté en 2004 et s'est étalée jusqu'en 2012 pour devenir progressivement l'unique système de financement des activités médecine, chirurgie et obstétrique. La T2A privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. Cette mise en place contraint les établissements de santé à adapter les organisations en fonction des recettes issues de l'activité avec les moyens disponibles pour assurer une prise en charge de qualité des patients. La tarification oblige les établissements de santé à s'impliquer dans une démarche de concurrence et de recherche de performance. Le financement vient des activités. Pour suivre l'activité, il est nécessaire de mettre en place des outils de suivi tels que les tableaux de bord et les indicateurs.

¹¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹³ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009¹⁴ avait pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Le titre 1 de cette loi place la performance comme un des leviers majeurs de la réforme. La création de L'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance (ANAP) en est un exemple marquant. L'ANAP aide les établissements dans l'amélioration de la prise en charge plus efficiente des patients.

Les différentes réformes hospitalières imposent trois défis aux institutions :

- La qualité et la sécurité des soins avec la mise en place de la certification, des indicateurs IPAQSS.
- Les équilibres budgétaires avec la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) les établissements adaptent leurs organisations en fonction des recettes. Les hôpitaux ont contractualisé avec les tutelles et doivent atteindre les objectifs fixés.
- La loi HPST renforce l'environnement concurrentiel et la notion de performance.

Pour répondre à ces nouveaux enjeux, les établissements adaptent leur stratégie grâce à la mise en place d'outils de pilotage pour répondre aux tutelles avec le Contrat Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

1.2 Les outils de pilotage :

1.2.1 Les enjeux des outils de pilotage :

Les indicateurs vont servir de base à la construction du tableau de bord. L'indicateur permet d'objectiver les données que l'on veut suivre. Pour y parvenir un tableau de bord doit permettre d'avoir une vision sur les différents champs de la direction des soins. Cette vision ne doit pas être seulement rétrospective, elle doit avoir une dimension dynamique permettant de se projeter et d'anticiper. La qualité de la prise de décision est en lien avec la qualité de la mesure et de la pertinence des indicateurs choisis.

¹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°167 du 22 juillet 2009.

Les critères du choix d'un indicateur selon Alain FERNANDEZ¹⁵ sont les suivants :

- ✓ Un indicateur doit être utilisable en temps réel, être capable de disposer de l'information précise (importance du système d'information hospitalier).
- ✓ L'indicateur doit mesurer un ou plusieurs objectifs de la performance.
- ✓ L'indicateur induit l'action pour corriger une dérive. L'indicateur est un instrument de pilotage. L'indicateur est approprié à l'objectif posé.
- ✓ L'indicateur doit être construit et partagé avec les acteurs.

L'indicateur qualité indique « là où il faut agir ». L'indicateur qualité répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Il peut permettre de connaître le niveau de qualité du processus, de vérifier que ces objectifs sont atteints, suivre, dans le temps différents critères et résultats obtenus. Il est aussi et surtout un outil d'engagement et de motivation des paramédicaux. L'indicateur se construit avec eux pour qu'ils en connaissent le sens et l'objectif. A ce titre, l'indicateur devient un outil de communication, d'information, de management et d'autoapprentissage. Un indicateur est intégré et accepté par l'encadrement, c'est un acte managérial.

L'indicateur est un outil stratégique. La mise en place d'un système de pilotage avec une pertinence des indicateurs s'intéresse aux différents champs d'une direction des soins (organisation des soins, la qualité et la gestion des risques, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la recherche en soins, qualité de vie des professionnels, satisfaction des patients). La mesure des indicateurs permet aux directeurs des soins de prendre des décisions en connaissance de cause, de modifier l'organisation, de redéfinir des missions.

Les hôpitaux sont à la confluence d'enjeux majeurs :

- Ils s'appuient sur les orientations régionales du Programme Régional de Santé (PRS) et Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) pour répondre aux besoins de santé sur un territoire.
- Ils assurent la meilleure qualité de prise en charge des patients en garantissant un égal accès aux soins.
- Ils optimisent leur efficacité économique et organisationnelle.

Après avoir analysé les enjeux des outils de pilotage, nous allons étudier la définition et le rôle des indicateurs.

¹⁵FERNANDEZ A., 2013, Les nouveaux tableaux de bord des managers, Clermont Ferrand : Eyrolles, p. 272

1.2.2 Les indicateurs :

La définition d'un indicateur selon l'Agence Française de Normalisation AFNOR est « *indicateur : information choisie, associée qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus.* »¹⁶

C'est une donnée objective, mesurable qui décrit et quantifie une situation. Un indicateur est relié à un objectif à atteindre. C'est un outil de pilotage qui mesure la performance du système et qui peut aussi motiver et fédérer les acteurs opérationnels de terrain.

Pour la Haute Autorité de Santé la définition de l'indicateur est la suivante¹⁷ :

« *Un indicateur de qualité et de sécurité des soins permet de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement, et ainsi d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps. C'est un élément indispensable pour le suivi et le pilotage d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins notamment pour mesurer l'impact des actions entreprises.* »

Les caractéristiques d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sont :

✓ **La pertinence**

« *L'indicateur permet :*

- *De refléter les critères de bonne pratique d'un processus de prise en charge ;*
- *D'identifier un potentiel d'amélioration de qualité, d'identifier des différences inter structures ou inter-organisations de prise en charge ;*
- *Une aide à la décision.* »

✓ **La validité**

« *L'indicateur a la capacité de bien traduire ce qu'il importe d'analyser et d'évaluer.* »

✓ **La fiabilité**

« *Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est reproduite.* »

✓ **La faisabilité/acceptabilité du recueil et de la mesure**

« *L'indicateur est : intégré à l'exercice quotidien du professionnel de santé, peu consommateur de ressources, simple et facile à mettre en place et à utiliser ; formulé de manière claire et sans ambiguïté.* »

¹⁶ VILCOT C., LECLLET H., mai 2006, indicateurs qualité en santé, St Just La Pendue : Editions AFNOR, p. 37

¹⁷ Fiche méthode, mai 2014, Le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, Haute Autorité de Santé fiche téléchargée sur le site www.has-sante.fr le 10 août 2014.

La typologie des indicateurs¹⁸ :

- *« Les indicateurs de résultat mesurent le niveau d'atteinte de l'objectif posé ils sont intermédiaires ou finaux.*
- *Les Indicateurs de processus mesurent la mise en œuvre d'une tâche faisant partie de la séquence de soins d'un patient. Lorsque cette tâche est fondée sur une recommandation de bonnes pratiques, l'indicateur permet alors d'évaluer la conformité d'une partie de la prise en charge par rapport à une référence. L'indicateur analyse la sécurité dans la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités le concernant.*
- *Les indicateurs d'activité seront envisagés, en fonction des objectifs poursuivis. L'activité peut être décrite de manière globale et/ou par secteurs d'activité. Elle peut être exprimée de manière détaillée ou synthétique, de manière brute ou par référence aux coûts ou aux structures (productivité). La construction, le recueil et l'utilisation des indicateurs d'activité répondent aux règles méthodologiques générales. L'indicateur s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Il peut permettre de connaître le niveau de qualité du processus, de déterminer des objectifs quantifiés, vérifier que ces objectifs sont atteints, suivre, dans le temps, différents critères et résultats obtenus....
Un indicateur suppose l'existence d'une question à laquelle il apporte un éclairage. Il nécessite de disposer de critères précis permettant de le définir, ainsi que du contexte de sa mise en œuvre : conditions de recueil et de traitement des données...
La construction des indicateurs doit reposer sur une collaboration des différents acteurs du processus. Il doit pouvoir évoluer dans le temps.*
- *Les indicateurs de structure permettent d'analyser les ressources humaines, matérielles, financières et l'organisation de la structure nécessaires à la prise en charge des patients. Les indicateurs de structure sont parfois liés à des normes réglementaires. »*

Après avoir défini la notion d'indicateurs nous allons définir la notion de tableau de bord et en particulier la notion de tableau de bord équilibré.

¹⁸ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/indicateurs_construction.pdf
Site consulté le 10 août 2014

1.2.3 Le tableau de bord équilibré :

Pour l'encyclopédie Larousse¹⁹ : « *un tableau de bord : ensemble d'indicateurs statistiques, graphiques et renseignements de tout genre permettant dans une entreprise de vérifier la bonne marche des différents services et d'en assurer le pilotage* ».

« *Le tableau de bord n'est pas un simple instrument de mesure.* » C'est, « *selon les auteurs Robert Kaplan et David Norton, un système global de clarification et de formalisation de la stratégie des organisations afin de la déployer et de la mettre en œuvre plus efficacement. Sa conception et son déploiement impliquent nécessairement une refonte organisationnelle globale se traduisant dans les faits par l'instauration d'un mode de management adapté au nouveau principe de pilotage*²⁰ ».

Les tableaux de bord sont apparus avec l'arrivée de l'ère industrielle. Dans les années 1980 le tableau de bord est un outil de *reporting*. Avec le tableau de bord prospectif on s'oriente vers des plans d'action.

Le tableau de bord devient un outil de gestion de la stratégie. Il mesure la performance de l'organisation.

Le tableau de bord équilibré se décline autour de 4 axes :

- L'axe client, c'est la relation avec les usagers. On mesure la satisfaction des patients, l'attractivité, les parts de marché, les plaintes et les réclamations, les relations avec les médecins libéraux.
- L'axe financier mesure les effets économiques, avec une vision rétrospective comme par exemple des indicateurs sur les recettes et les dépenses d'une unité ou d'un pôle.
- L'axe processus interne s'intéresse au parcours du patient avec des données sur la durée de séjour, le délai d'obtention d'un rendez-vous ou du compte rendu d'hospitalisation.
- L'axe apprentissage organisationnel s'intéresse aux compétences des paramédicaux, à la formation professionnelle, aux procédures de soins.

Pour Robert S KAPLAN et David P NORTON le tableau de bord prospectif ou équilibré est défini comme : « *le tableau de bord prospectif (TBP) apporte aux managers l'instrument pour maintenir le cap. Les entreprises opèrent aujourd'hui dans des environnements complexes. Le TBP traduit la mission et la stratégie de l'entreprise en un ensemble*

1. ¹⁹ www.larousse.fr/encyclopedie; [site visité le 11 aout 2014]

²⁰ www.piloter.org/balanced-scorecard/ tableau de bord prospectif A FERNANDEZ site consulté le 11 aout 2014

d'indicateurs de performance qui constituent la base d'un système de pilotage de la stratégie. »²¹ Pour utiliser cette méthode dans le monde hospitalier, il convient nécessairement de l'adapter. Les indicateurs financiers ne doivent pas être mis au premier plan comme dans les entreprises privées. Par contre, les notions de satisfaction des personnels et des patients sont des indicateurs à valoriser dans le monde de la santé. Un des enjeux majeurs est de faire adhérer l'ensemble des acteurs hospitaliers à ce système de mesure. L'adhésion du corps médical sera un facteur de réussite de ce projet. La mise en place du suivi d'indicateurs fédère les acteurs autour d'un même projet avec la recherche d'objectivité et une transparence des indicateurs qui renforcent la culture commune de l'entreprise. La réussite passera aussi par une mise en place progressive pour que chaque acteur mesure les avantages et les limites de ce suivi. Pour Bernard MARTORY « *la métaphore de l'arbre, de ses fruits et de ses racines traduit bien la logique dans laquelle on mettra en place des tableaux de bord stratégiques*²². »

Des expériences ont eu lieu dans le monde hospitalier. « *Le tableau de bord équilibré a changé le système de management opérationnel des unités. Le tableau de bord équilibré a favorisé un réel changement dans la conception de la performance des professionnels*²³ »

La notion de tableau de bord équilibré vient de la juste répartition des quatre axes. Le pilotage conduit à l'action aussi bien sur l'environnement externe et interne. Les indicateurs externes concernent les patients et les parts de marché. Les indicateurs internes concernent la qualité et les processus. Les quatre axes du tableau de bord équilibré permettent une juste répartition entre les objectifs sur le long terme et les résultats souhaités et d'autre part, les causes de ces résultats.

La conception de la performance des professionnels a évolué. Il nous semble important de pouvoir avoir une approche conceptuelle de celle-ci.

1.3 L'approche conceptuelle :

1.3.1 La performance hospitalière :

La notion de performance reste difficile à définir. Les hôpitaux sont confrontés à toujours plus de transparence, à la nécessité d'assurer les missions de service public, tout en optimisant leurs ressources. Les établissements de santé ressentent le besoin d'évaluer leur performance. « *Un aspect fondamental de la performance est lié à la perception de la*

²¹ KAPLAN R.S ; NORTON D.P, décembre 2011, le tableau de bord prospectif, Paris : Editions d'organisation, p.14

²² Voir Annexe 1

²³ NOBRE T. ; novembre 2012 ; le tableau de bord prospectif où en est l'hôpital ? Gestions hospitalières n°520 p. 565

*nature et de la fonction de l'hôpital : ses missions, les conditions de sa prospérité, ses relations avec l'environnement... La conceptualisation de l'organisation conditionne le sens donné au terme « performance ».*²⁴ La définition de la performance en France est restée longtemps tributaire du point de vue des différents acteurs hospitaliers. En santé publique, la notion de performance était la réponse à tous les besoins d'une population. Tandis que pour les acteurs médicaux, la notion de performance était en lien avec la qualité des soins. Pour un directeur, la performance globale de l'hôpital est la gestion des risques, la qualité environnementale, sociale et économique. Les évolutions réglementaires, développées dans l'introduction, ont favorisé l'émergence d'une notion consensuelle et unifiée de la performance.

La définition de performance selon MARTY et MERLIN serait : « *suite à la réforme de la T2A les hôpitaux doivent répondre aux besoins de santé en assurant la meilleure qualité possible avec le maximum d'efficacité opérationnelle*²⁵ ». Pour Jean de KERVASDOUE la performance se définit comme « *soigner tous les malades avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment.*²⁶ »

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2012 précise « *la performance des établissements de santé ne se joue plus seulement dans une combinaison heureuse de l'efficience et de la qualité. Les acteurs de l'hôpital admettent à présent que celui-ci doit également être jugé sur sa cohésion en tant qu'organisation professionnelle et sur la qualité de ses relations humaines.*²⁷ » « *En dépit d'initiatives des pouvoirs publics depuis un peu plus de dix ans, lesquelles ont largement reposé sur des dynamiques incitatives, y compris au travers de la certification, la France est moins avancée que d'autres pays tant en termes de pilotage, de et par la qualité, ou de transparence à l'égard des usagers. Il apparaît aujourd'hui indispensable de progresser significativement en la matière et de rééquilibrer la vigilance apportée à ces deux dimensions majeures de la performance hospitalière que sont la qualité et l'efficience.*²⁸ »

²⁴ SICOTTE C., GUISSSET AL., LECLERCQ P., Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux Sciences sociales et santé - Année 2002 - Volume 20 - Numéro 2- p. 68

²⁵ MARTY C. ; MERLIN H., mai 2007 ; mesurer la performance des hôpitaux publics en France HEC Paris p.18

²⁶ De KERVASDOUE J., 2004, l'hôpital, Mayenne : Presses Universitaires de France, p.23

²⁷ Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012, l'hôpital, la documentation française p. 12

²⁸ Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012, l'hôpital, la documentation française p. 75

Délivrer des soins de qualité et dans la sécurité est le rôle majeur de l'hôpital. Depuis la mise en place de la certification par l'HAS, la gestion des risques est devenue une priorité. Certains secteurs sont considérés comme à risque majeur (la radiothérapie, la médecine nucléaire, le bloc opératoire). Des actions spécifiques ont été menées pour sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques à priori et à la démarche qualité. La performance des établissements de santé est réussie grâce à l'appropriation des démarches qualité par l'ensemble des acteurs hospitaliers et des usagers.

Pour Alain FERNANDEZ²⁹ « la définition de la performance la plus couramment utilisée la présente comme la recherche de la maximisation du rapport résultats / moyens, selon un objectif fixé ». Au travers de ces définitions, pour évaluer la performance il faut la mesurer. Pour mesurer les axes d'amélioration, le tableau de bord analysera la performance en fonction des objectifs choisis. Nous avons vu que la performance d'un hôpital est définie au regard l'atteinte des objectifs. Le pilotage va consister à construire les processus et les actions pour atteindre les objectifs retenus. Les enjeux du pilotage des processus de la performance se situent à plusieurs niveaux :

- Stratégiques : être en mesure de porter les évolutions futures,
- Fonctionnels/Opérationnels : permettre aux managers de fixer les objectifs, de piloter la production, d'analyser, d'anticiper et de projeter l'activité,
- Techniques : mettre à disposition des utilisateurs un système de pilotage homogène qui accélère la diffusion d'information, fiabilise les informations et communique avec des Systèmes Informatiques souples et opérants.

Le système de pilotage doit donner de la visibilité sur les objectifs stratégiques et opérationnels et sur leur niveau d'atteinte au fil du temps pour :

- Avoir un dispositif de mesure de la performance,
- Eclairer et faciliter la prise de décision,
- Rétablir le lien entre le terrain et la vision à long terme,
- Rendre lisible le plan de mobilisation des ressources,

Le pilotage de la performance consiste à orienter la stratégie qui sera définie par des objectifs et des actions. La réussite de ce projet n'est possible que si l'ensemble des niveaux de l'organisation suit les objectifs fixés. La mise en place des tableaux de bord ne pourra être effective que si les décideurs utilisent un management stratégique.

²⁹ FERNANDEZ A., 2013, Les nouveaux tableaux de bord des managers, Clermont Ferrand : Eyrolles, p. 35

1.3.2 Le management stratégique :

Selon CAVAGNOL A. et ROULLE P.³⁰ « le management stratégique vise à définir les orientations de l'organisation qui ont un effet sur le long terme, durable et vitale pour celle-ci, et dont les conséquences sont difficilement réversibles. Il comprend :

- *Le diagnostic stratégique (forces, faiblesses de l'organisation et opportunités et menaces générées par son environnement)*
- *Les choix stratégiques définition produits / marchés et objectifs à atteindre*
- *Le déploiement stratégique : les moyens à déployer pour mettre en œuvre la stratégie*
- *La planification stratégique : qui programme la mise en œuvre de la stratégie et son contrôle. »*

L'organisation sera pensée suivant les quatre phases du management stratégique. Le changement d'organisation se prévoit sur le long terme afin de poser des objectifs pertinents.

« Une proposition de système de management stratégique global nous vient du domaine du contrôle de gestion le tableau de bord prospectif.³¹ »

Le management se compose de stratégie et d'organisation. La stratégie se définit comme *« un ensemble de décisions de long terme prises par l'entreprise pour atteindre ses objectifs compte tenu de ses ressources et de ses environnements.³² »*

Le management stratégique impacte tous les niveaux de l'organisation. Ceci permet de dégager une vision claire et objective des missions et des objectifs. L'organisation de l'hôpital est basée sur des actions à moyen et long termes (investissement, gestion des ressources humaines). L'hôpital est soumis à un sentiment fort d'appartenance à un groupe professionnel qui l'emporte souvent sur le sentiment d'appartenir à l'organisation. Ces divergences peuvent être un frein au déploiement d'actions stratégiques au sein de l'hôpital. La mise en place progressive des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) permet de s'ouvrir sur l'environnement extérieur.

« La diversité des logiques d'acteurs découlant directement de la diversité des métiers à l'hôpital. Les établissements de soins sont des organisations professionnelles où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et qui vont user de différentes sources pour poursuivre leurs propres intérêts, chaque groupe voulant par

³⁰ CAVAGNOL A., ROULLE A., janvier 2013, Management stratégique des organisations, Paris : Gualino lextenso éditions p.20

³¹ HELFER JP., KALIKA M., ORSONI J., juin 2006, Management Stratégie et Organisation, gestion Mercuès : Vuibert p.257

³² HELFER JP., KALIKA M., ORSONI J., juin 2006, Management Stratégie et Organisation, gestion Mercuès : Vuibert p.448

ailleurs préserver sa cohésion. Ainsi, des camps se forment, s'engageant de manières différentes et évoluant selon des comportements parfois incompatibles entre eux. Cela conduit à une distorsion des objectifs de l'organisation et à la prédominance de stratégies individuelles ou de groupes ne servant pas forcément l'entité « organisation »³³ ». La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a, quant à elle, mit en avant la notion de projet d'établissement, consistant pour l'hôpital à définir ses objectifs stratégiques généraux pour une période de cinq ans. C'est depuis 1991 que la notion de projet, au sein des établissements de soins, a pris une véritable dimension stratégique.

« L'hôpital public a besoin aujourd'hui de transversalité. Il s'agit de passer de projets sectoriels, de services, de métiers, portant sur des thèmes précis, à un projet général et englobant de l'organisation : le projet stratégique de l'établissement, fédérateur et mobilisateur. La mobilisation du personnel (quel que soit son niveau hiérarchique et son statut ou métier) autour d'un projet global pertinent et fédérateur apparaît alors comme un élément clé du dynamisme de l'hôpital au travers de l'atteinte du double objectif stratégique de l'hôpital public actuel : l'amélioration de la qualité et la maîtrise des dépenses. »³⁴

Le système d'information est au cœur de la communication des organisations hospitalières. Il structure, informe et codifie la communication interne. Il possède un facteur de cohésion qui permet d'atteindre une complexité importante. Nous avons vu que les visions médicale et administrative étaient parfois différentes. Ceci implique des approches distinctes qui peuvent devenir une limite du système d'information. La difficulté aujourd'hui est de « se livrer à un management stratégique sans disposer de données fiables sur l'activité, la clientèle les prescripteurs. La mise en place d'un système d'informations adapté et l'introduction du management stratégique à l'hôpital sont donc indissociables³⁵ »

1.3.3 La subsidiarité :

La subsidiarité vient du « latin subsidiarii, troupe de réserve, de subsidium, réserve, recours, appui. Il est défini comme, le principe de subsidiarité est le principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème. C'est donc, pour l'action publique, la recherche du niveau le plus pertinent et le plus proche des citoyens. Il conduit à ne pas faire à un échelon plus élevé ce

³³ KRIEF ATER N., projet stratégique et dynamique de l'hôpital public, Université lumière Lyon 2 p.9

³⁴ KRIEF ATER N., projet stratégique et dynamique de l'hôpital public, Université lumière Lyon 2 p.17

³⁵ CREMADEZ M., 1992, le management stratégique hospitalier, Paris : interéditions, p.76

qui peut être fait avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur (principe de suppléance). Ce principe trouve son origine dans la doctrine sociale de l'Eglise catholique.³⁶ »

La subsidiarité est une notion complexe, son intérêt réside dans ses applications pratiques. C'est la combinaison de la foi et de la raison. Pour Pierre COULANGE « *la subsidiarité ne s'identifie pas à la délégation ; elle suppose en effet que l'initiative des tâches revienne au niveau le plus décentralisé et que les échelons supérieurs s'abstiennent d'intervenir inutilement* ³⁷ ». La subsidiarité favorise le développement de l'homme. Pour que l'homme s'épanouisse il doit être capable de créer. La reconnaissance des employés permet l'efficacité et l'autonomie. Les employés deviennent des acteurs de l'entreprise.

L'auteur Dominique PELJAK³⁸ indique « *Cela signifie qu'il existe une opposition entre les objectifs principalement qualitatifs des centres opérationnels que sont les unités de soins et les objectifs essentiellement quantitatifs et économiques de la direction stratégique et des unités logistiques. De surcroît, l'organisation hospitalière est soumise à des tendances au cloisonnement et à l'éclatement, en particulier en raison de l'existence de multiples logiques professionnelles, parfois contradictoires.* » Pour cet auteur la notion de subsidiarité prend tout son sens avec l'organisation polaire. « *La notion de subsidiarité permet de conduire une réflexion sur les décisions qui peuvent être déconcentrées à l'échelon d'un pôle médical ou médico-technique à la tête duquel se trouveraient un médecin, un cadre gestionnaire et un cadre infirmier. Des moyens financiers et humains seraient attribués au pôle en fonction d'objectifs mesurés par des indicateurs de suivi (délai d'attente des patients, taux d'infections nosocomiales, etc.).* ³⁹ »

Pour Raoul ARDOUIN⁴⁰ « *la subsidiarité se définit comme une ligne directrice pour définir un comportement légitime de l'Etat* ».

La subsidiarité s'impose comme le seul moyen d'être performant. On accorde de la confiance dans la conduite de projet et de l'autonomie aux cadres de proximité.

³⁶ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Subsidiarite.htm> consulté le 11 septembre 2014

³⁷ BICHOT J., LECAILON J., NAUDET JY., et al., 2014, la subsidiarité, presses universitaires d'Aix Marseille, p. 9

³⁸ PELJAK Dominique, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXI^e siècle », *Gestion* 3/ 2002 (Vol. 27), p. 138

³⁹ Ibid.

⁴⁰ BICHOT J., LECAILON J., NAUDET JY., et al., 2014, la subsidiarité, presses universitaires d'Aix Marseille p.49

Pour Pierre COULANGE la subsidiarité n'est pas opposée à l'autorité.

Selon PELJAK « *Les quelques expériences hospitalières en ce domaine montrent que la réponse à ce défi a porté ses fruits dans les établissements en cause : satisfaction accrue des malades, réduction de la durée moyenne du séjour, amélioration de la productivité, et ainsi de suite. Au vu de ces résultats, les professionnels médicaux et paramédicaux, souvent réticents à l'exercice d'un quelconque pouvoir gestionnaire, se sont progressivement engagés dans la gestion de leur service.*⁴¹ »

Le CHU de Montpellier dans son projet d'établissement⁴² sur l'axe management définit la subsidiarité comme « *La subsidiarité : aucune décision ne peut être prise sans associer le management des équipes concernées. Les cadres (quel que soit leur métier d'origine) font la jonction entre les approches descendantes et ascendantes. Bien qu'inscrit dans la dynamique de la nouvelle gouvernance depuis 2006, fort de cet expérience, l'établissement se doit de conforter ses capacités d'adaptation et de franchir une nouvelle étape dans un contexte en profonde évolution. En ce sens les valeurs du service public, le principe fort de subsidiarité et la performance doivent inspirer et guider la politique de management accordant une part prééminente à la valorisation du potentiel humain. Une attention particulière sera portée sur l'accompagnement humain des mutations indispensables et inévitables de l'institution.* »

L'exercice de la subsidiarité renforce le capital confiance. Le DS confie à l'encadrement la capacité à atteindre ses objectifs. Le DS a une fonction d'accompagnement pédagogique, sa mission est de faire grandir les cadres vers plus d'autonomie.

⁴¹ Ibid. PELJAK

⁴²http://www.chumontpellier.fr/fileadmin/user_upload/Communication/Institution/MANAGEMENT_2013_17.pdf site consulté le 11 septembre 2014

1.4 Conclusion de la première partie :

La définition de la performance hospitalière est variable selon les acteurs. Au niveau d'une direction des soins la performance est associée aux dimensions économiques, à la qualité et la sécurité des soins. Pour suivre ces activités le DS utilise des outils de pilotage qui lui permettent de suivre l'activité et les indicateurs qualité. Afin d'utiliser le dialogue de gestion comme outil de performance, l'hôpital se dote de tableaux de bord équilibrés.

La conception actuelle de la performance se rapproche d'un modèle conceptuel de la performance élaboré par des auteurs québécois et fondé sur la théorie des organisations. Des experts français réunis à la demande de la DRESS⁴³, ont retenu 3 dimensions d'analyse :

- L'atteinte des buts (à savoir l'amélioration de la santé des individus et des populations et la qualité du service rendu à la collectivité),
- L'efficacité économique (ou utilisation optimale des moyens),
- La capacité d'adaptation au changement, ainsi qu'un prérequis : l'existence d'une culture commune et d'une organisation du travail qui servent de support aux pratiques collectives.

⁴³ Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers, Dossiers solidarité et santé N° 2, avril-juin 2001 Publié le 1er avril 2001

2 L'enquête du terrain

2.1 Les objectifs :

La recherche de terrain vise à répondre aux axes d'investigation posés à l'issue de la question de départ. Cette analyse se fera en définissant la performance hospitalière les outils de pilotage, la place des tableaux de bord dans le management et le rôle des SIH dans le recueil des indicateurs.

2.2 Les méthodes de validation :

2.2.1 Les objectifs de l'enquête :

Au cours de notre enquête nous avons recherché les contenus qui nous permettent de :

- Définir le rôle des outils de pilotage en fonction des acteurs,
- Déterminer le lien entre la performance hospitalière et les outils de pilotage,
- Identifier l'importance de la communication et du partage des outils pour aider à la prise de décision,
- Analyser la place du SIH dans le recueil des indicateurs de suivi,

Chacun de ces objectifs correspond à un thème de la grille d'analyse des entretiens. L'analyse thématique sera divisée en sous thèmes pour confronter le discours de l'enquêté à la théorie.

Thèmes	sous thèmes	Axes d'investigation	Concepts
rôle des outils	définition enjeux	- Définir le rôle des outils de pilotage en fonction des acteurs,	Stratégie
construction outil	modalités, construction, pertinence, suivi	- Déterminer le lien entre la performance hospitalière et les outils de pilotage,	Performance hospitalière
utilisation managériale	contenu, forme	- Identifier l'importance de la communication et du partage des outils pour aider à la prise de décision,	management stratégique gestion de projet subsidiarité
Recueil des informations	contenu exhaustivité interopérabilité	- Analyser la place du SIH dans le recueil des indicateurs de suivi,	conduite du changement

2.2.2 L'analyse comparée :

Le premier établissement étudié est un établissement public de santé, Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) qui possède un Système d'Information Décisionnel (SID) et utilise des tableaux de bord pour sa gestion. Le deuxième établissement est un établissement de santé mentale d'environ 500 lits qui connaît actuellement un plan de retour à l'équilibre financier. Nous avons choisi d'enquêter un établissement MCO et un établissement de santé mentale pour mesurer la spécificité de certains indicateurs en fonction du type d'établissement, et pour rechercher des spécificités, en lien avec le mode de financement par exemple.

a) Le CH n°1

Sa capacité d'accueil est d'environ 1500 lits et places, il a une orientation MCO 6 pôles d'activités cliniques sont en place depuis 2008. Chaque pôle est piloté par un chef de pôle, un cadre de pôle et un directeur administratif. L'établissement dispose d'un dossier médical informatisé interfacé avec de nombreux logiciels métiers (laboratoire, imagerie, pharmacie, radiothérapie, médecine nucléaire). L'établissement a investi en 2014 dans un SID qui permet de centraliser le recueil des indicateurs pour l'établissement, le pôle, le service. L'établissement est à l'équilibre au niveau financier. Il est l'hôpital de recours du département.

Les professionnels rencontrés sont :

- ✓ Le directeur général
- ✓ Le président de la Commission médicale d'Établissement (CME)
- ✓ Le directeur adjoint chargé de la contractualisation interne
- ✓ Le directeur adjoint responsable des systèmes d'information
- ✓ Le coordonnateur général des soins
- ✓ Un chef de pôle
- ✓ Le médecin responsable du DIM
- ✓ Un cadre supérieur de santé assistant de deux pôles
- ✓ Deux cadres de santé.

b) Le CH n°2

Sa capacité d'accueil est de 500 lits et places. Il est l'établissement de santé mentale de recours du département. Il est composé de six pôles mis en place en 2012. L'établissement possède un dossier patient médical et infirmier informatisé. Un seul SIH sur l'établissement

ce qui facilite l'extraction des données. L'établissement construit en interne un SID pour le recueil des indicateurs. Un groupe de travail pluri professionnel réfléchit à la construction de cet outil. Les données issues du tableau de bord sont présentées au niveau du Directoire et dans chaque pôle avec une comparaison inter-pôles possible.

Les professionnels rencontrés sont :

- ✓ Le directeur général
- ✓ Le directeur adjoint chargé des finances
- ✓ Un ingénieur responsable des systèmes d'information
- ✓ Le coordonnateur général des soins
- ✓ Un directeur des soins
- ✓ Le médecin responsable du DIM
- ✓ Deux cadres supérieurs de santé assistant de pôles
- ✓ Un cadre supérieur chargé de missions transversales à la direction des soins
- ✓ Deux cadres de santé.

2.2.3 L'enquête et ses limites :

La recherche d'éléments de réponse se fera par la conduite d'entretiens semi-directifs de différents acteurs hospitaliers. Les entretiens ont eu une durée de 45 minutes à 1 heure. Après accord des personnes interviewées chaque entretien a été enregistré afin de favoriser la disponibilité lors de l'entretien et de faciliter la retranscription. Le guide d'entretien a été le même pour l'ensemble des personnes auditées⁴⁴. Les questions ont été élaborées pour être confrontées aux axes d'investigation. Le nombre de personnes rencontrées est de vingt et un. Ce nombre est trop restreint pour rendre l'échantillon significatif et donc de permettre une analyse quantitative. Certains acteurs n'ont pas pu être audités faute de temps dans le délai imparti de l'enquête.

2.3 L'analyse des entretiens :

Pour chacun des quatre thèmes nous présenterons les principales réponses des acteurs. Puis une synthèse des points communs ou différents sera présentée pour les deux établissements.

⁴⁴ Annexe 2

2.3.1 Le rôle des outils de pilotage :

a) Les résultats :

Pour la définition et le rôle des outils de pilotage les personnes interviewées font référence aux tableaux de bord et aux indicateurs. Pour la majorité des enquêtés il ressort trois grandes thématiques pour définir les outils de pilotage.

Pour 16 personnes auditées les outils de pilotage sont en lien avec **le pilotage financier**.

« La plupart des outils de pilotage utilisés sont des outils financiers parce que l'on pense que piloter c'est avoir une maîtrise financière » Directeur Général (DG) Centre Hospitalier (CH) n°1

« Il nous faut des indicateurs d'activité des services Durée Moyenne de Séjour (DMS) indicateurs économiques en lien avec l'activité » DS CH n°1

« Les outils de pilotage sont indispensables pour la connaissance de l'activité, on est obligé de savoir ce qui se passe dans l'établissement » Directeur des Affaires Financières (DAF) CH n°2

« Les indicateurs financiers sont indispensables pour suivre l'activité prévisionnelle du pôle, j'ai besoin de ces indicateurs pour manager et animer le pôle » Chef de pôle CH n°1

« L'utilisation d'outils financiers est indispensable avec une idée la plus précise possible, les outils d'activité ne sont pas corrélés à des études épidémiologiques précises qui devraient nous aider dans la stratégie » Cadre Supérieur de Santé (CSS) CH n°2

« Indicateurs d'activité par service, par pôle, par secteur d'activité » Cadre de Santé (CS) CH n°1

b) L'analyse :

Le pilotage financier est une préoccupation de l'ensemble des acteurs de l'enquête. Cet item est présent également en santé mentale, même si le système de financement est basé sur la dotation globale. Les outils de pilotage financiers sont en lien avec les moyens mis à disposition dans les deux structures. Les établissements répondent à un besoin de santé, avec un coût financier ajusté, en souhaitant maintenir un haut niveau de la qualité et de la sécurité des soins.

a) Les résultats :

La deuxième thématique concerne **la qualité et la gestion des risques**.

12 personnes sur 21 considèrent qu'il est important d'avoir des outils de pilotage pour mesurer la qualité et la gestion des risques.

« *Les indicateurs de qualité gestion des risques de l'HAS IPAQSS taux de ré hospitalisation infection nosocomiales.* » DG CH n°2

« *La qualité et la gestion des risques sont des indicateurs que l'on suit suite au recueil des indicateurs IPAQSS de l' HAS* » DS CH n°2

« *Les indicateurs qualité se développent de plus en plus* » DAF CH n°2

b) L'analyse :

La qualité et la gestion des risques sont une priorité pour les personnels de direction et les médecins. Seulement 2 cadres ont déclaré que la qualité et la gestion des risques devaient être suivies par des indicateurs. Les indicateurs suivis sont souvent les indicateurs réglementaires.

a) Les résultats :

La troisième thématique concerne **les indicateurs de ressources humaines**. On retrouve des outils pour suivre le présentisme, l'absentéisme, la consommation des mensualités de remplacement, la satisfaction du personnel, les conditions de travail des professionnels, *le turnover* des agents, la pyramide des âges, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

11 personnes auditées ont défini qu'il était important de suivre l'activité des ressources humaines. 1 DS et 6 personnels d'encadrement jugent qu'il est intéressant de suivre la thématique des ressources humaines avec un tableau de bord.

« *Les indicateurs de moyens humains RH (présentisme, mensualités de remplacement sont indispensables à mon quotidien* » DS CH n°2

« *Les indicateurs sur l'absentéisme, sur les remplacements de personnels, les effectifs, la formation des professionnels sont des données indispensables pour mon management quotidien* » CS CH n°2

« *Indicateurs pour évaluer les ressources humaines, absentéisme* » CS CH n°1

b) L'analyse :

L'analyse des données concernant les ressources humaines fait partie du quotidien des cadres de santé. Pour optimiser l'organisation du service, les données concernant le personnel sont indispensables. Sur cette thématique, il est noté la difficulté d'obtenir entre les différents services des données fiables et exhaustives en matière de personnel affecté par exemple. Le recueil des informations de la direction des ressources humaines n'est pas toujours très simple dans les établissements enquêtés.

a) Les résultats :

La satisfaction du patient a été citée par 6 personnes auditées réparties équitablement sur les deux établissements. La satisfaction des usagers est une préoccupation d'un DG, de 2 DS, d'un CSS et de 2 CS.

« Les outils de pilotage de l'usager concernent les indicateurs satisfaction patient, délai d'attente avant RDV dans un Centre médico-psychologique (CMP) DG CH n° 2

« L'utilisation d'indicateurs qualitatifs mesurant la satisfaction des usagers est une évaluation importante pour un DS » DS CH n°1

« Je réalise des enquêtes pour évaluer la satisfaction des usagers que je diffuse à l'ensemble de l'équipe pour les sensibiliser » CS CH n° 1

« La mesure de la satisfaction des patients permet d'évaluer le niveau de prise en charge des patients et de réajuster en cas de besoin » CS CH n°1

« J'ai mis en place un indicateur pour évaluer le nombre de retour de questionnaires de sortie dans le pôle. Depuis sa mise en place les équipes sensibilisent les patients à l'importance de remplir ce questionnaire. Maintenant j'ai un taux de retour à 80% ce qui devient significatif » CSS CH n°2

b) L'analyse :

La direction des soins et l'encadrement sont sensibles à la satisfaction des patients. La mise en place d'enquêtes de satisfaction et de questionnaires de sortie objective la qualité de prise en charge.

a) Les résultats :

L'organisation des soins est citée par un DG et 2 CS. Les outils de pilotage, en particulier les tableaux de bord prospectifs sont des outils d'aide à l'organisation des unités de soins en fonction du taux d'occupation des lits installés.

« Un outil de pilotage évalue l'organisation avec tout ce qui va avec la démarche qualité, la démarche gestion des risques, les conditions de travail des personnels » DG CH n°1

« Regarder les organisations productrices de soins pour apprécier leur efficacité » CSS CH n°2

Pour les médecins chefs de pôle et responsable du département d'information médicale (DIM), il est important de mesurer la performance du DIM dans le recueil et l'analyse des données d'activité.

« La mesure des parts de marché par secteurs d'activité, le taux de fuite sur le territoire, l'indice de performance, les outils de pilotage, la durée de séjour, le codage réalisé

correctement le taux de sévérité par Groupe Homogène de Malades (GHM) pour des établissements comparables et l'efficacité du DIM me paraissent des informations indispensables pour la stratégie de l'établissement » Président Commission Médicale d'Établissement (PCME) CH n°1

b) L'analyse :

Les outils de pilotage sont une aide pour la réorganisation des services pour 3 personnes auditées seulement. Ce résultat est peut être le signe que les outils de pilotage sont plutôt rétrospectifs et qu'ils ne favorisent pas les réorganisations.

La performance du DIM pour l'alimentation des tableaux d'activité tient une place prépondérante dans les établissements de santé. Les décideurs ont besoin de connaître leur participation dans la réponse à un besoin de santé sur un territoire.

Chaque acteur en fonction de ses activités et de ses missions se dote d'outils de pilotage pour répondre aux attentes des patients. L'enquête montre que ces instruments ne sont pas toujours partagés et compris par l'ensemble des acteurs hospitaliers.

c) Conclusion thème 1 :

Si l'on compare les résultats de l'enquête et la construction d'un tableau de bord prospectif, nous retrouvons les quatre axes. L'axe client analyse la relation avec les patients. L'axe financier mesure l'efficacité économique. L'axe processus porte sur les indicateurs qualité. L'axe apprentissage organisationnel s'intéresse aux compétences professionnelles. Le tableau de bord prospectif permet d'élaborer la stratégie autour de l'équilibre des quatre axes. Dans l'enquête trois axes sont plus représentés l'axe financier et l'axe qualité, et gestion des risques, l'axe apprentissage organisationnel.

2.3.2 Définir la performance hospitalière :

a) Les résultats :

Nous avons demandé à chaque personne interviewée sa définition de la performance hospitalière.

Le premier critère en matière du nombre de réponses est **l'efficacité économique** cet item a été cité par 14 enquêtés sur 21.

« Pour moi la performance est une notion utilisée dans l'entreprise dans le secteur privé notion extrêmement adaptée au monde hospitalier compte tenu de caractéristiques

communes au monde de l'entreprise privée, le système concurrentiel, la performance est reliée à la qualité la performance mélange d'efficience économique » DG CH n°1.

« La performance est une dimension d'efficience c'est le rapport entre la production et ce qu'elle coûte dimension économique » DG CH n°2.

« La performance est l'atteinte d'objectifs fixés et la recherche de l'efficience. » DS CH n°1.

« La Performance = efficience, l'efficacité au moindre coût dynamique de l'ensemble en liens avec des objectifs » DS CH n°2.

b) L'analyse :

On peut noter que l'attention à l'efficience économique est présente sur les deux établissements. Les personnels de direction en psychiatrie ont les mêmes attentes que les dirigeants du secteur MCO soumis à la T2A. L'ensemble des personnes interviewées personnels de direction, médecins et encadrement ont cité l'efficience économique lors de leurs entretiens. L'adéquation des moyens en fonction des résultats est une priorité des établissements de santé. La notion de ratio entre les résultats et les moyens est citée par 7 personnes. La notion de performance est étroitement liée à l'efficience.

Selon S. KAPLAN et D NORTON ⁴⁵*« la plupart des administrations connaissent des difficultés avec la structure initiale du tableau de bord prospectif, l'axe financier était placé tout en haut. Etant donné que le succès financier n'est pas l'objectif principal de la plupart de ces organisations, la structure peut être modifiée de façon à placer les clients ou les bénéficiaires en haut du tableau de bord. »*

a) Les résultats :

Le deuxième critère est la **qualité et la sécurité des soins**. C'est une priorité pour les médecins et le personnel d'encadrement.

« La qualité et la sécurité des soins sont des priorités du pôle je suis très attentif aux déclarations d'évènements indésirables » Chef de pôle CH n°1.

« Pour moi la performance c'est la qualité des résultats en regard des moyens mis en place (ratio moyen mis et résultat obtenu) » DIM CH n°1.

« La performance optimise les moyens en fonction de l'activité. C'est utiliser aux mieux les moyens et rendre la meilleure qualité de prise en charge des patients » CSS CH n°2.

« La notion de qualité de prise en charge est une notion que j'associe à la performance hospitalière » CS CH n°2.

⁴⁵ KAPLAN RS., NORTON DP., 2009, comment utiliser le tableau de bord prospectif, Eyrolles éditions d'organisation, p.143

b) L'analyse :

La qualité et la sécurité des soins sont des priorités des personnels soignants. Le recueil des indicateurs IPAQSS et les démarches de certification ont sensibilisé les équipes à la notion de démarche de qualité et à l'importance des indicateurs de suivi dans le suivi du processus qualité. Les deux établissements ont participé à des études comparatives sur des activités.

a) Les résultats :

Le troisième item est **la réponse à un besoin de santé**. 9 personnes ont défini la performance en lien avec les besoins de la population.

« La performance signifie rendre un service de santé à la population de qualité, de proximité en assurant la continuité temporelle et spatiale que nous offrons comme service public. »
DG CH n°2.

« La performance est la réponse aux besoins en santé d'une population dans un territoire de santé dans un contexte sanitaire et médicosocial en utilisant au maximum les ressources mise à ma disposition » DS CH n°2.

« Performance hospitalière c'est le pouvoir d'apporter une réponse aux besoins de santé de la population sur aspect hospitalier, au coût moindre avec une bonne qualité dans une bonne organisation avec un délai raisonnable » DAF CH n°1.

« La performance hospitalière c'est avant tout la réponse aux besoins de la population et la performance ressources humaines en terme de productivité aussi » DAF CH n°2.

« Adapter les ressources aux besoins afin de répondre aux attentes de la population »
Directeur des services informatiques CH n°2.

La réponse à un objectif est citée 5 fois. Les outils de pilotage en lien avec la performance mesurent l'atteinte des objectifs posés.

« La performance est un mélange d'efficience économique, de qualité, de sécurité des soins au sens large avec une organisation des soins pertinente et adaptée aux objectifs »
DG CH n°1.

« La performance m'évoque les réorganisations possibles pour atteindre des objectifs le mieux possible avec la meilleure qualité possible avec les moyens les plus ajustés possibles » CS CH n°2.

b) L'analyse :

La réponse à un besoin de santé est la mission principale des établissements publics de santé. La notion de territoire est énoncée par le DS. La performance hospitalière est en lien avec le système concurrentiel du territoire.

L'atteinte des objectifs pour les personnes auditées est aussi en lien avec l'adéquation de l'organisation mise en place.

On retrouve la définition de la performance dans l'approche conceptuelle. C'est la réponse à un besoin de santé. C'est aussi la qualité et sécurité des soins en particulier pour les soignants. La notion d'atteinte des objectifs nous ramène aux outils de pilotage.

Le tableau de bord rend visible le déploiement de la stratégie au travers d'un petit nombre d'indicateurs.

2.3.3 Le lien entre outil de pilotage et performance :

a) Les résultats :

Les outils de pilotage mesurent **l'atteinte des objectifs et permettent l'évaluation de la performance.**

« Indiscutablement oui une stratégie d'établissement doit forcément, dans le contexte budgétaire contraint et en concurrence d'être outillée pour faire face aux nécessités de dépenses, une recherche de recettes complémentaires, une connaissance de l'environnement, comment évoluent les parts de marché pour la patientèle. Je ne vois pas comment une entreprise privée peut se passer d'outils de pilotage pour travailler et définir sa stratégie. De la même façon un hôpital ne peut pas se passer d'être outillé pour définir et modifier sa stratégie et être performant » DG CH n°1.

« Pour concevoir les outils de pilotage, il faut auparavant définir la stratégie. Les outils de suivi du CPOM des indicateurs de suivi des objectifs. La stratégie est en amont des objectifs de l'établissement. » DS CH n°2.

« Les indicateurs et les tableaux de bord sont des outils d'aide à la décision ils mesurent l'activité mais surtout ils doivent être utilisés pour construire des projets et comme outils stratégiques pour se projeter dans l'avenir. Pour qu'ils soient utilisés et compris il faut les construire avec les acteurs concernés. Il faut un tableau de bord par strate unité de soins, pole, direction » Directeur service informatique CH n°2.

« Pour moi, les outils de pilotage viennent après la stratégie il faut que la stratégie soit établie on envisage un point d'étape et on analyse les objectifs pour mesurer l'écart je vois les outils de pilotage comme rétrospectifs plus que prospectifs les outils de pilotage je les vois avant et après pour évaluer ou pas la mise en œuvre de nouvelles mesures

correctrices. Ces outils de pilotage sont inclus dans notre raisonnement quotidien avant après pendant avec un réajustement possible fréquence périodicité » CS CH n°2.

b) L'analyse :

Pour évaluer la performance hospitalière nous avons besoin de la mesurer. Les tableaux de bord et les indicateurs sont donc des outils qui évaluent l'atteinte des objectifs posés dans le cadre de la stratégie de l'établissement. Par contre il faut qu'ils soient connus de tous. Un indicateur est construit et défini avec l'ensemble des acteurs. Sa finalité et son objectif doivent être connus de tous pour éviter des interprétations aléatoires. Les indicateurs retenus doivent être en phase avec les priorités stratégiques de l'établissement et le type d'organisation mis en place. Il semble important d'engager l'encadrement de proximité dans la construction du tableau de bord. La participation à l'élaboration de l'outil favorise l'utilisation en matière de suivi. 7 cadres sur 8 ne connaissent pas les indicateurs utilisés par la direction pour le pilotage. Les outils de pilotage répondent aux niveaux stratégiques pour l'hôpital, et aux niveaux opérationnels pour les unités fonctionnelles et les pôles d'activité. L'encadrement souhaite une mise en place des tableaux de bord de façon progressive avec des temps de formation. Le DS accompagne les cadres dans la mise en place d'outils de pilotage afin de garantir l'objectif en lien avec l'organisation soignante.

Selon Bernard MARTORY⁴⁶, « *A court ou moyen terme la performance s'apprécie toujours à trois niveaux*⁴⁷ :

- *L'efficacité c'est le degré d'atteinte des objectifs*
- *L'efficience qui est le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre pour les obtenir*
- *La pertinence l'alignement stratégique de la performance. »*

2.3.4 Rôle des outils de pilotage dans la communication :

a) Les résultats :

« Les tableaux de bord doivent être partagés. Il faut un tableau de bord au niveau institutionnel, un au niveau polaire et un au niveau des services. Les indicateurs suivis seront adaptés aux missions. Certains indicateurs seront partagés sur les différents niveaux. » DG CH n°1.

⁴⁶ MARTORY B., 2010, les tableaux de bord sociaux, éditions Liaisons, Pays Bas, p.190

⁴⁷ Voir annexe n°3

« La communication c'est bi-directionnelle un tableau de bord est alimenté par des données de base du terrain produites par des logiciels informatiques un outil communication ascendant qui agrège des données du terrain affine la photographie. Au niveau de la direction des soins et de la direction de l'établissement vision systémique globale vision descendante tableau de bord institué avec des données internes et externes qui renseignent sur la concurrence nombre de séjours de patients parts de marché taux de fuite permet aux acteurs de terrain de piloter son unité en connaissant l'environnement » DG CH n°2.

« Le tableau de bord est un outil de communication partagée avec les assistants de pôle. Outil dynamique connu de tous avec une analyse commune des indicateurs qui permet de piloter. Mais il faut que les informations soient partagées et explicitées en particulier en terme de données d'activité, de connaissance du terrain pour communiquer avec les DS » DS CH n°2.

« Un indicateur doit être partagé. Les indicateurs doivent être co-construits avec un intérêt dans les 2 sens. Il faut déterminer ce que l'on veut faire dire à l'indicateur (finalité but objectifs). Un indicateur ne permet pas de mesurer ou explorer autre chose que la finalité décidée en groupe. » DS CH n°1.

« J'ai le sentiment d'être dans un environnement descendant je le vis comme très descendant personne n'a la science infuse mais un partage des informations des données et dans la construction du tableau de bord le partage à plusieurs est indispensable. Il faut un capitaine dans le bateau qui décide mais qui écoute aussi ce que les équipiers lui donnent comme information pour continuer à naviguer » CS CH n°2.

« Si on va que dans un sens descendant, il est imposé pas de possibilités de modifier les indicateurs ; il doit être établi en collaboration entre les personnels de la direction et les acteurs du terrain. Le partage des informations assure une fiabilité de la mesure et de l'intérêt de cet indicateur » CS CH n°1.

b) Analyse :

Les personnels de direction souhaitent une communication descendante et ascendante dans la mise en place d'outils de pilotage. Les décideurs ont besoin des informations venant du terrain pour adapter leur projet et stratégie. En ce qui concerne, l'encadrement, les tableaux de bord sont vécus comme descendants venant de la direction vers les pôles et les services. Cette vision descendante est en lien avec le manque d'implication de l'encadrement dans l'élaboration des indicateurs dans les établissements enquêtés. Les cadres ne connaissent pas la finalité des indicateurs, ils ont du mal à les faire vivre dans leurs unités. La gestion de projet et la subsidiarité ont toute leur place pour engager les cadres dans l'élaboration de ces outils de pilotage. La valeur ajoutée des indicateurs s'appuie sur l'exploitation des données qui en est faite. Une analyse commune des

professionnels et de la direction autour de ce tableau de bord renforce la valeur de cet outil. L'ouverture de ce tableau à un pôle offre des avantages. Les résultats sont analysés par les médecins et les cadres du pôle. L'évaluation est horizontale et s'attache à l'organisation. Les cadres du pôle souhaitent une formation sur l'élaboration des indicateurs avec les chefs de pôle et la direction.

2.3.5 Place des outils de pilotage dans la prise de décision :

a) Les résultats :

« Les outils de pilotage font partie de l'outillage au service de la stratégie. Il faut déterminer la stratégie et pour la suivre je mets en place des outils de pilotage aller-retour les données adaptation de la stratégie en fonction des indicateurs. » PCME CH n°1.

*« Pour assurer le suivi du contrat de pôle et les différents projets du service, j'utilise les tableaux de bord pour **m'aider à prendre des décisions** ou expliquer des orientations lors des réunions de pôle. » Chef de pôle CH n°1.*

« En tant que DS je définis les indicateurs avec l'équipe de la direction des soins choix d'indicateurs pertinents avec les cadres de pôle pour une utilisation commune dans les services, les pôles et l'institution pour le management le cadre sup peut décliner ces indicateurs en indicateurs plus opérationnels en fonction des projets consommation moyens humains, matériels, challenge avec les cadres pour motiver et engager les équipes dans les projets de service de pôle et d'institution. » DS CH n°1.

« Un outil de pilotage : un outil qui permet de voir si les choix que l'on fait sont les bons ça éclaire les décisions. » DAF CH n° 2.

« Tout à fait les tableaux de bord sont des outils d'aide à la décision et permettent la comparaison en interne et en externe. Il faut les partager avec les équipes pour qu'ils comprennent l'intérêt et l'utilisation que l'on peut en faire.» CS CH n°1.

b) L'analyse :

Pour l'ensemble des catégories enquêtées, les outils de pilotage aident à la prise de décision. La notion d'objectivité est souvent rapportée. Le tableau de bord synthétise les principaux résultats pour aider à la prise de décision. La qualité de la prise de décision est corrélée aux informations entrées dans le système. Le tableau de bord favorise le développement d'initiatives stratégiques et l'engagement des professionnels de santé dans le dispositif. Si l'ensemble des acteurs comprend la stratégie et ses objectifs, l'hôpital parle d'une seule voix et du même langage.

Pour Serge ALECIAN et Dominique FOUCHER⁴⁸ « *la décision est un acte majeur de management. Il s'agit d'un acte difficile car il oblige à choisir une solution parmi plusieurs possibles.* » « *Les décisions stratégiques, celles qui précisent où l'on va (les objectifs) et comment on y va (la stratégie), avec quelles allocations de ressources, et quels écueils à éviter*⁴⁹. » Le principe de subsidiarité consiste à confier la décision au niveau opérationnel compétent. Elle ne remonte qu'au niveau supérieur que lorsque la prise de décision le justifie. Les décisions ne sont possibles au niveau opérationnel que s'il existe un système de pilotage et une obligation de rendre compte.

2.3.6 Rôle du Système d'Information Hospitalier dans le recueil et la diffusion des informations :

a) Les résultats :

« Il n'y a pas de logiciel informatique qui réponde aux besoins de l'ensemble d'un hôpital. C'est dramatique d'où une grande diversité de situation les SIH difficultés pour coopérer entre les différentes structures hospitalières ou difficulté de gérer un dossier patient à l'intérieur d'un établissement. Certains secteurs spécifiques ne sont pas intégrés sans possibilités d'avoir des outils SIH adaptés à la prise en charge du patient la gestion financière et logistique et administrative des logiciels existent le cœur du problème c'est le dossier patient » DG CH n°1.

« Il y a beaucoup de logiciels et d'éditeurs différents la norme hôpital numérique va permettre d'harmoniser les outils mais pour l'instant il n'existe pas de système d'information capable de prendre en charge un établissement de santé de manière globale. » Directeur des Services Informatiques CH n°2.

« Aujourd'hui, dépense énorme en matière de SIH, pas de transfert de données interopérabilité des systèmes d'information. La position de l'établissement est de réaliser un dialogue compétitif pour le choix du dossier soins informatisé avec un engagement fort de la direction des soins avec une implication des professionnels de santé pour le choix problématique système information mélange informatique la DSI paramètre et aide les professionnels à parler un langage hospitalier maillage outil une bonne équipe projet pour conduite du changement rôle du DS capitale partenariat DSI DAS. » Directeur des Services informatiques CH n°1.

⁴⁸ ALECIAN S., FOUCHER D., 2005, le management dans le service public, Paris : Editions d'organisation, p.289

⁴⁹ ALECIAN S., FOUCHER D., 2005, le management dans le service public, Paris : Editions d'organisation, p.291

« Le système d'information est central dans un établissement. Il ne faut pas avoir une multitude d'outils car communication difficile entre les logiciels... Il faut que le directeur ait une volonté de mettre au centre des préoccupations le système d'information » CS CH n°1.

b) L'analyse :

L'ensemble des interviewés signale une difficulté de communication et d'interopérabilité des SIH entre eux. La mise en place d'hôpital numérique devrait harmoniser les SIH présents dans les établissements. Le Programme Hôpital Numérique comporte en outre des incitations au partage et à l'échange de données :

- Par la mise en place de deux des trois prérequis (référentiel d'identifiant des patients et mise en place de l'authentification forte pour les professionnels de santé) ;
- Par l'obligation de s'interfacer au Dossier Médical Personnel (DMP) (envoi de documents) et l'intégration de l'Identifiant National de Santé.

Selon le rapport d'audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs réalisés par l'ANAP⁵⁰ en mars 2014, le constat est le suivant :

- ✓ *« Enfin, le développement des systèmes d'information en support du pilotage médico-économique sont en rapport avec la maturité organisationnelle constatée : le dialogue de gestion au sein des établissements en est encore à ses prémises. »*
- ✓ *« Si des progrès sont notables, du chemin reste encore à parcourir pour que le SIH trouve définitivement sa place au sein de la stratégie de l'établissement. En effet, le SIH est encore trop souvent perçu comme un risque dans l'exécution des actions définies dans le projet d'établissement. Peu de Directions s'inquiètent ainsi de la capacité de la DSI à mener les projets identifiés et de la capacité du SIH à répondre aux objectifs fixés. »⁵¹*
- ✓ *« Le développement du pilotage médico-économique est l'un des objectifs de la réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé, induite par la loi HPST.*
- ✓ *Il vise à favoriser le décloisonnement entre les fonctions médicales, administratives et soignantes et s'attache à responsabiliser les acteurs par la diffusion de la culture médico-économique via l'appropriation des outils de pilotage, notamment en accompagnant la mise en place des pôles d'activité, par la constitution d'unités*

⁵⁰ Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs, 27 mars 2014 www.anap.fr site consulté le 15 septembre 2014 p.4

⁵¹ Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs, 27 mars 2014 www.anap.fr site consulté le 15 septembre 2014 p.22

médico-économiques de taille critique pour rapprocher la gestion du terrain et la mise en œuvre de la stratégie médicale⁵².»

- ✓ *« Cependant, l'élaboration de tableaux de bord croisant des informations issues des différents secteurs fonctionnels est, en revanche, majoritairement manuelle faute d'un outil décisionnel. C'est pourquoi, il peut y avoir un décalage important dans la temporalité des données entre leur production et leur mise à disposition. Pour les quelques établissements disposant d'un outil décisionnel, celui-ci s'accompagne d'un chantier d'harmonisation des référentiels « structure » des différentes applications métiers permettant de pouvoir croiser les données.⁵³»*

2.4 Conclusion de la deuxième partie :

Le pilotage financier reste une préoccupation majeure des enquêtés. Le DIM a une place fondamentale dans le recueil et la diffusion des données d'activité.

Le recours à des outils de pilotage, pour la mesure de la qualité et la gestion des risques, est une priorité pour les personnels de direction et les médecins. Seulement deux cadres ont fait référence à cette utilisation.

La gestion des ressources humaines avec un tableau de bord est une donnée importante pour les enquêtés. Le recueil des informations par le SIH semble complexe et pas toujours fiable.

La communication occupe une place importante dans la réussite de ce projet de mise en place d'un TBP. Le TBP est un outil indéniable d'aide à la décision. Il est impératif que l'objectif soit pertinent par rapport au but recherché. La notion d'objectivité des informations renforce la place des indicateurs dans la prise de décision.

Le SIH est une fragilité actuelle des établissements de santé. La multiplication des logiciels métiers et la non interopérabilité entre eux complexifient l'échange et l'analyse de données. Le SIH est un frein majeur à l'utilisation et au déploiement du TBP dans les établissements de santé.

⁵² Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs, 27 mars 2014 www.anap.fr site consulté le 15 septembre 2014 p.33

⁵³ Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs, 27 mars 2014 www.anap.fr site consulté le 15 septembre 2014 p.33

3 Concilier outils de pilotage et management stratégique, des préconisations pour le directeur des soins

Les outils de pilotage sont des outils stratégiques dans l'élaboration et la construction du projet d'établissement ou dans l'élaboration et la construction de l'Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes (EPRD). Les tableaux de bord sont aussi des outils prospectifs qui assurent le contrôle du CPOM ou des contrats de pôle. Le recours à ces outils permet d'évaluer la situation et d'accompagner le décideur hospitalier tout au long de la prise de décision. Le tableau de bord, pour être efficace, doit prendre en compte les conséquences financières, mais aussi fonctionnelles et organisationnelles. Par exemple ÆLIPCE qui est un outil de dialogue d'aide à la décision développé par l'ANAP pour l'amélioration de la performance des organisations. Il permet de modéliser l'activité de soins, de tester des hypothèses de prise en charge, d'organisation et d'en évaluer les conséquences. Un dialogue s'organise entre le directeur qui propose une orientation stratégique, les gestionnaires qui mesurent l'impact financier et les professionnels de terrain qui disposent de l'expertise médicale et organisationnelle au plus près du patient. De même l'engagement, du directeur des soins et des cadres de santé est indispensable pour évaluer l'organisation des équipes et l'évaluation de la charge en soins. Le niveau de l'objectif retenu doit être partagé avec les équipes.

3.1 Développer une vision partagée :

La conception, le contenu et la forme de l'outil nécessiteront un travail en amont pour que l'instrument soit connu de l'ensemble des cadres de l'établissement. Le comité de pilotage est un lieu d'échange et de construction partagée. La mise en place d'un tableau de bord structure le fonctionnement et l'avenir de l'établissement. Le chef de projet a un rôle primordial dans la réussite du projet.

3.1.1 Avoir une définition commune de la performance :

La définition de la performance peut être différente en fonction des acteurs hospitaliers (directeurs, médecins, cadres). Les entretiens réalisés montrent une approche multidimensionnelle avec une prépondérance pour l'aspect économique. Nous proposons une approche autour de 4 axes l'efficacité économique, la qualité et la sécurité des soins, la réponse à un besoin de santé et l'adéquation entre objectifs et moyens.

Quel que soit le modèle de performance retenu il devra obtenir l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés. Cette appropriation est indispensable pour que l'outil de pilotage

soit utilisé et surtout, analysé et comparé à l'objectif retenu afin de conserver sa vision prospective. La faiblesse d'une organisation se situe souvent aux interfaces entre les services. Le déploiement sur l'ensemble de l'établissement permet de vérifier ces interfaces.

La mesure de la performance se développe de plus en plus. Le recueil des indicateurs IPAQSS, le compte qualité, *le benchmarking* évaluent la performance de nos institutions. Les sites d'information des usagers se multiplient (hospidiag, scope santé, classement du Point). La mesure de la performance s'inscrit dans une volonté d'amélioration continue de la qualité.

Le directeur des soins en s'impliquant dans une démarche qualité et la gestion des risques identifie les processus. Il identifie le niveau de responsabilité et repère les compétences. En cas de besoin le DS proposera des outils pour aider les professionnels à se positionner. Au cours de mon stage long j'ai accompagné un cadre supérieur dans l'étude et l'écriture d'un projet de restructuration d'un service de soin. Ce jeune cadre de pôle ne disposait pas d'outil de calcul d'effectif. J'ai construit un outil de calcul informatique avec lui pour l'aider à conduire ce projet. Ce temps d'échange et de partage avec le cadre m'a montré l'importance de l'accompagnement du DS.

En partant des indicateurs préconisés par l'ANAP sur la gestion des lits, nous avons pu évaluer l'activité du service. En fonction de l'activité nous avons redimensionné les équipes soignantes. Ce travail a permis d'économiser 6 équivalents temps plein.

La motivation des personnels soignants et leur adhésion aux objectifs stratégiques de l'établissement permettent de mobiliser leurs aptitudes au profit de la performance. La reconnaissance des compétences professionnelles contribue à motiver le personnel en occasionnant leur satisfaction personnelle. L'hôpital permet ainsi l'épanouissement personnel pour encourager leur participation dans une démarche collective où chacun se sent responsable de l'organisation.

3.1.2 Mettre en place une communication bi-directionnelle :

Pour les personnels de direction, les entretiens ont montré qu'il est important d'avoir une communication descendante et ascendante. Les cadres ressentent que la mise en place des tableaux de bord est descendante. « *Élaborer des tableaux de bord doit se faire avec l'implication des responsables de pôle à qui ils sont destinés... ils sont demandeurs d'outils de suivi et d'analyse afin de connaître leur activité et évaluer leur marges de manœuvre.*

La recherche d'efficience demande de mettre à leur disposition des indicateurs relatifs à l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge et aux moyens mobilisés.⁵⁴ »

La participation du DS aux instances de l'hôpital est fondamentale. Par sa présence le DS informe des actions spécifiques qui sont menées au niveau de la direction des soins. Lors des réunions d'encadrement il informe les cadres sur les actions menées par ces instances. Ce retour d'information donne du sens aux actions.

La mise en place d'un TBP peut générer des inquiétudes et des incertitudes chez les cadres de santé. C'est pour cela qu'un plan de communication doit être formalisé. Il s'agit d'un travail d'équipe conduit comme un projet. Le programme de communication fait connaître à l'ensemble des collaborateurs le contenu du TBP. Il informe sur les comportements à développer pour rejoindre les objectifs stratégiques. La mise en application de mesures de communication efficaces et continues auxquelles s'ajoutent un retour d'expérience sur les résultats obtenus est essentiel à une bonne adaptation du TBP.

Le DS rencontrera les cadres. Ces rencontres seront dédiées à la clarification des objectifs retenus, aux indicateurs en matière de pertinence, de fréquence, et de mesure à l'organisation du travail et aux difficultés rencontrées. Le DS communiquera sur l'avancée de ce projet aux niveaux des réunions de direction et de l'encadrement, au niveau des instances commission de soins infirmiers de rééducation et médico-technique et à la CME. L'accompagnement du DS favorisera le positionnement des cadres de santé dans le suivi et l'analyse des résultats du TBP. Le DS accompagnera les plans d'action qui découleront des indicateurs.

Le TBP est un bon outil de communication externe à l'attention des tutelles et des collaborateurs de l'établissement. Les questions de santé intéressent les citoyens, les élus, la presse. Le TBP peut être un outil marketing, pour faire de la publicité sur l'établissement.

⁵⁴ DE BLOCK M., THESMAR F., décembre 2009, L'élaboration des tableaux de bord hospitaliers: Un mythe ou une réalité possible? n°31, p.18

3.2 Les indicateurs un outil fondamental dans la gestion de projet :

3.2.1 Tableau de bord et gestion de projet :

Selon Thierry HOUGRON⁵⁵ « *la conduite pragmatique du tableau de bord consiste à acquérir une vision synthétique du projet dans le but de réaliser les arbitrages les mieux adaptés possible au contexte du projet dans le but d'atteindre l'optimum.* » La mise en place de projets relie la stratégie aux objectifs posés. Pour répondre à la stratégie le projet est évalué par des indicateurs du TBP. L'analyse permet de prendre les bonnes décisions. Dans le but de satisfaire des objectifs, un projet est un ensemble cohérent de tâches inscrites dans un temps borné et mobilisant des ressources limitées. Afin d'uniformiser la gestion de projet, l'établissement de santé peut créer une fiche projet qui structure et harmonise la présentation et le déroulement du projet⁵⁶. La démarche projet favorise le décloisonnement. Le DS accompagne le projet, définit avec le cadre les objectifs et les moyens.

Pour Alain FERNANDEZ⁵⁷ « *Pour traiter efficacement le projet, l'architecte des systèmes adoptera une vision descendante de la stratégie à la mise en œuvre de la tactique locale, et une vision montante des pratiques de terrain à la globalisation de l'entreprise.* » Pour le DS, sa position et son expérience dans la conduite de projet sont des avantages pour la construction d'une démarche de pilotage de la performance. La réussite de ce projet dépendra de l'implication des collaborateurs dans la mise en place de ce projet. Le DS fera preuve de pédagogie pour laisser le temps aux cadres de s'approprier la méthodologie de l'approche stratégique. La mise en place de formations sur la conduite de projets sera un volet déterminant pour l'appropriation de la méthode. Le DS s'entourera des compétences des autres acteurs pour valoriser le projet (contrôle de gestion, DIM, Directeur des services informatiques).

La démarche projet se décomposera en quatre phases :

- Phase 1 : Le DS accompagnera les cadres dans l'identification des points forts et des points d'amélioration en matière d'organisation.
- Phase 2 : le choix des objectifs en lien avec la stratégie est indispensable.
- Phase 3 : le plan d'action qui permet l'élaboration du tableau de bord et des indicateurs.
- Phase 4 : l'évaluation et l'analyse des données qui s'ajusteront par rapport aux objectifs.

⁵⁵ HOUGRON T., 2001, *la conduite de projets 101 règles pour piloter vos projets avec succès*, 1^{ère} édition, Villeneuve d'Ascq : Dunod, p.305

⁵⁶ Annexe 4

⁵⁷ Ibid. p. 109

Le TBP sera composé d'abord de quelques indicateurs⁵⁸ peu nombreux mais pertinents, qui donneront une vision globale du projet. Une exhaustivité et une fiabilité des données extraites du SIH seront une aide précieuse pour le recueil des informations. L'obligation de répondre aux critères du programme hôpital numérique au 31 décembre 2016 pour les établissements de santé devrait optimiser cet aspect. Pour améliorer l'analyse et la comparaison des indicateurs l'interopérabilité entre les systèmes d'information est indispensable.

La démarche projet et la démarche qualité participent à la culture d'établissement et à la politique des soins. Le DS fédère les acteurs et communique aux instances pour garantir les objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Le projet de soins s'intègre dans le projet d'établissement. Le projet de soins formalise la politique de soins portée par la direction des soins. Le DS sollicite et organise une participation active à l'élaboration du projet de soins. Le DS implique l'ensemble des paramédicaux des services. Il fédère les équipes autour de valeurs communes. L'appropriation et l'adhésion des paramédicaux au projet de soins est un facteur de reconnaissance du travail des agents sur le terrain. Il faut valoriser le travail des soignants. Le projet de soins est un document de référence pour le personnel.

3.2.2 Un exemple de tableau de bord, l'élaboration du rapport d'activité :

L'élaboration d'une trame commune du rapport d'activité de la direction des soins est un moyen de fédérer les cadres autour de l'utilisation de tableaux de bord. Selon Jean René LEDOYEN⁵⁹ « *s'appuyant sur les tableaux de bord, il permet de réaliser une adéquation entre la demande et la réponse en soins, en formation et en recherche, de mesurer l'impact des moyens sur la qualité de production et d'identifier les facteurs favorisant ou limitant une réponse de qualité.* » Ce travail permet de construire la trame avec les cadres. La construction d'objectifs pour le service peut être discutée lors de l'entretien annuel d'évaluation. Le suivi mensuel de l'adéquation entre les moyens et les ressources permet un ajustement des effectifs en lien avec l'activité. Le DS est chef de projet et impulse ses valeurs et la politique de soins au niveau de l'encadrement. La création d'une trame commune avec des spécificités permet de valoriser le travail des équipes et recenser les projets importants du service. Cet outil est aussi un document de référence pour un nouveau cadre ou pour présenter les activités et les missions à un nouvel agent recruté. L'intégration des axes et des objectifs du projet de soins permet à chaque service de recenser ses actions par rapport aux objectifs du projet de soins. Pour le DS l'intégration

⁵⁸ Annexe n°5 proposition d'un tableau de bord prospectif

⁵⁹ LEDOYEN J.R., 2013, « *le rapport annuel d'activités des services de soins, un outil de management* » Revue Soins cadres supplément au n°85, p.S9

du projet de soins dans la trame donne une évaluation à un instant T de l'appropriation du projet de soins dans les unités.

Lors de mon stage long, j'ai souhaité tester cet outil. J'ai animé un groupe de travail composé de 14 cadres de MCO et de psychiatrie. Le but de ce groupe était de créer une trame informatique commune de rapport d'activité de la direction des soins. La partie activité a été adaptée en fonction de l'activité et les objectifs retenus étaient ceux négociés avec la direction en début d'année.

La thématique sur les ressources humaines a été plus compliquée à construire. Le système d'information des ressources humaines n'est pas en mesure de fournir les effectifs travaillés.

Ce travail m'a appris l'importance de la pédagogie et de l'accompagnement personnalisé des cadres. Les temps d'échange ont permis d'expliquer le but et les finalités de l'outil et de l'adapter pour que chacun trouve de l'intérêt dans son utilisation. Un tableau de bord du suivi des objectifs du projet de soins a permis de réaliser une évaluation factuelle de l'avancée de ce projet.

3.3 Les outils de pilotage adaptés à chaque strate :

3.3.1 L'utilisation du tableau de bord équilibré :

La recherche documentaire et l'enquête de terrain nous ont permis d'observer des tableaux de bord plutôt rétrospectifs. Le changement n'est possible qu'au prix d'un fort *leadership* de la direction, de la constitution d'une structure, de la présentation des intérêts et des leviers à l'ensemble de l'organisation afin que chacun se sente concerné. La réussite de ce projet passe par le choix d'un objectif commun entre la direction, les médecins, le personnel soignant. Cet outil a pour objectif de favoriser la communication et l'élaboration de la stratégie. La performance d'un établissement peut être mise sous tension, par le mécontentement des patients, des médecins, ou du personnel ou des trois. Les indicateurs de l'axe client, processus interne et organisation seront des indicateurs sentinelles. Les indicateurs de résultats doivent être construits simultanément aux prises de décision.

Le but est de créer un réseau de tableaux de bord propre à chaque unité reliés entre eux. Le tableaux de bord du pôle reprend d'une part, le tableau de bord des services, d'autre part les objectifs du pôle.

Pour que le TBP soit en relation avec les différentes dimensions de la performance, il faut que l'outil de recueil et d'analyse soit simple, convivial et facile. Le TBP est un système évolutif et flexible, on peut le modifier à tout moment. Le TBP communique les objectifs et les fait partager à l'ensemble des acteurs hospitaliers. Le TBP associe les médecins, les cadres soignants, la direction. Des points d'étape sont programmés avec l'ensemble des acteurs concernés pour envisager le réajustement des objectifs. Il encourage le dialogue

entre les acteurs, il favorise le partage des informations. L'objectivité des données et le suivi des indicateurs donnent du sens au TBP. La vision transversale du TBP construit une culture de gestion commune, et une représentation collective. Pour garantir sa vocation d'aide à la décision, le TBP fournit dans le temps des indicateurs fiables et pertinents. Le tableau de bord est un outil intégrateur, il ne remplace pas les systèmes déjà en place (démarche qualité, compte qualité, contrôle de gestion). Le TBP fournit à l'ensemble du personnel une vision claire et globale de leur activité.

Les systèmes d'information actuels ne sont pas toujours en capacité de recueillir les informations issues de différents logiciels. La solution actuelle est d'avoir recours à un logiciel informatique qui recueille les données et les met en forme. Le SID doit fournir des données exhaustives, fiables pour pouvoir être intégrées dans un TBP. Le DS participera aux choix du dossier de soins informatisé pour donner ses exigences en terme de besoins pour la direction des soins. L'intégration d'un outil de charge en soins est une aide à la mesure de la charge de travail des soignants.

Le DS encourage et facilite la participation des cadres à sa conception et à sa mise en place. Il faut que l'encadrement se sente « propriétaire » de ses indicateurs. C'est un partenariat entre le DS et les cadres pour atteindre les objectifs stratégiques.

3.3.2 Le rôle du Directeur des soins dans l'accompagnement des cadres de santé :

Le tableau de bord rend possible la compréhension et le lien entre la stratégie et les objectifs. L'accompagnement du DS lors de la conception, la réalisation, l'analyse et l'évaluation des TBP nous semblent indispensables. Le DS doit expliciter la stratégie de l'établissement aux cadres. Ce temps de formation et de construction commune uniformise et harmonise les indicateurs sur l'établissement. Le travail en amont crée un climat de confiance. Cette pédagogie autour du tableau de bord utilise le concept de subsidiarité. Cette autonomie laissée aux cadres est une source de motivation. La mise en place du tableau de bord est le fruit d'un travail collectif dans lequel le directeur des soins doit être un moteur. Le tableau de bord doit répondre aux projets et objectifs stratégiques du service. Il est recommandé que chaque collaborateur dispose d'un tableau de bord personnel. C'est le moyen le plus efficace pour mettre en adéquation objectifs personnels et objectifs du service. La direction dispose d'un système de *reporting* qui lui permet de mesurer l'écart avec les objectifs stratégiques institutionnels.

Le DS dispose de moyens de reconnaissance individuelle des paramédicaux. Leur consacrer du temps en cas de besoin indique la reconnaissance de leur fonction et leur place dans les établissements de santé. Le management par la qualité associé à l'approche par processus favorise la mise en œuvre du changement.

Le DS est le pilote du TBP pour la direction des soins. Il assure la construction, la mise en œuvre et l'évaluation de l'outil. Sa vision systémique garantit une harmonisation de l'outil entre les pôles et avec l'institution dans son champ de compétences.

La formation des acteurs à la mise en place du TBP est un enjeu pour le DS. Pour beaucoup de soignants les outils de management sont peu connus. Le programme de formation montre les avantages de l'outil. Le DS traduira en mots adaptés le but et les finalités du TBP. La formation des cadres est essentielle pour accompagner le changement. Cette formation est dispensée à l'ensemble des acteurs de santé concernés. La participation des médecins, des cadres et de la direction au programme favorise la collaboration. Un consultant extérieur peut animer la formation pour obtenir une adhésion des professionnels concernés.

Dans le cadre de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) le DS participe et encourage la politique qualité de l'établissement. Un travail en collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement permettrait d'élaborer un projet de prise en charge qui serait la fusion du projet médical et du projet de soins. La formation et l'information des soignants est fondamentale pour entretenir les compétences professionnelles.

3.4 Conclusion de la troisième partie :

Le tableau de bord prospectif répond à quatre fonctions :

- La fonction de direction, car il mesure, évalue et guide l'hôpital vers l'atteinte de ses objectifs stratégiques
- La fonction d'intégration, le tableau de bord récupère les informations des différentes directions et des services dans un cadre commun le SID
- La fonction de communication, puisque le tableau de bord prospectif renforce la communication de la stratégie, et améliore le dialogue entre les professionnels de la santé et les directions fonctionnelles
- La fonction d'apprentissage, car les indicateurs mesurent des écarts qui identifient des problèmes et permettent de prendre des mesures correctives.

La mise en place de TBP nécessite un travail de communication, de formation et de partage pour que les équipes opérationnelles mesurent les intérêts et les enjeux des outils de pilotage. Le DS est à l'interface des équipes soignantes, médicales et administratives. Cette place lui confère un rôle important dans l'accompagnement et l'adhésion des équipes. L'intérêt du TBP est de pouvoir anticiper des situations et de modifier l'organisation en amont des résultats. L'encadrement n'est pas encore préparé à ce nouveau mode de management. Le DS se doit de suivre et accompagner les projets en lien avec l'organisation

des soins afin d'assurer une prise en charge de qualité. Le DS apporte une aide méthodologique pour accompagner ce changement.

La performance hospitalière occupe une place importante dans nos institutions. Le DS a un rôle de conseiller et d'expert, dans les organisations soignantes mises en place pour répondre au mieux aux enjeux actuels de la performance hospitalière.

Le DS a comme mission de conduire les cadres à créer et utiliser leurs propres indicateurs afin de construire un système d'évaluation favorisant les actions d'amélioration en lien avec leur contexte quotidien.

Conclusion

Aujourd'hui le monde hospitalier est contraint à des restrictions budgétaires. La tarification à l'activité modifie la stratégie des établissements de santé qui doivent prendre en compte leur activité avant d'établir leurs dépenses. La maîtrise des dépenses est l'affaire de tous les acteurs. Les établissements doivent s'adapter en définissant une vision commune de la performance. La définition de la performance complétée par les tableaux de bord permet aux managers hospitaliers de disposer d'indicateurs pertinents et fiables, dans un délai court afin de mesurer l'écart avec les objectifs posés et de prendre des décisions d'actions correctives. La mesure de la performance s'inscrit dans une perspective d'une constante amélioration de la qualité des soins. Piloter consiste à définir le niveau de performance à atteindre, fixer et appliquer une stratégie, mesurer, évaluer et analyser les résultats afin de mettre en place des actions correctives.

Le principe du tableau de bord équilibré repose sur la juste répartition entre les quatre axes, indicateurs financiers, indicateurs de qualité de prise en charge, maîtrise des processus et l'utilisation efficiente des ressources humaines et matérielles. Le tableau de bord est un instrument qui instaure une dynamique continue d'amélioration de la qualité et d'évaluation, en analysant les écarts entre les objectifs fixés et la réalité. Le tableau de bord prospectif communique à l'ensemble des collaborateurs les objectifs stratégiques choisis. Ceci présente l'avantage de rendre la stratégie plus parlante pour les managers et crée un lien entre la direction et les unités opérationnelles.

Le tableau de bord instaure le dialogue entre le monde soignant et administratif, dans un langage unique. La centralisation des informations pertinentes est une aide à la prise de décisions. L'utilisation du tableau de bord est soutenue par la direction. Il est construit à partir d'un consensus des acteurs ce qui contribue à la performance globale de l'hôpital. Le système d'information est le pivot central pour le recueil des indicateurs. A ce jour le SIH est fragile du fait de la multiplicité des logiciels et de leur non interopérabilité. Dans le futur si les SIH communiquent entre eux, la comparaison des organisations et des ressources inter établissements sera facilitée.

L'enquête de terrain nous a montré que les acteurs hospitaliers souhaitaient mettre en place des tableaux de bord. Les professionnels ont confirmé leur intérêt pour l'utilisation de cet outil dans leur quotidien. Néanmoins l'enquête montre que les indicateurs privilégiés sont ceux qui concernent l'activité et les recettes. Pour que le tableau de bord devienne prospectif il faudra développer les trois autres axes. La communication autour des enjeux et des finalités est essentielle. Le tableau de bord est un outil d'animation et de

communication des équipes. L'analyse des résultats et les efforts des équipes sont une source de motivation pour l'ensemble du personnel.

Le DS fait preuve de compétences managériales pour organiser les soins et atteindre les objectifs fixés par les tutelles et l'établissement. Le management par la qualité l'aide à assumer ses responsabilités. Le DS est garant avec les autres directions fonctionnelles de la qualité et de la sécurité des soins, de la juste répartition des ressources. Le DS par sa connaissance du contexte, et son expertise en matière d'organisation peut être le promoteur de la mise en place du TBP. Il s'agit pour lui, de donner du sens aux choix institutionnels à mettre en œuvre au sein des pôles et des services.

Ce travail m'a permis de comprendre que le DS contribue à l'articulation et la diffusion de la communication dans les équipes de soins. L'utilisation et l'appropriation d'un TBP permettra d'objectiver l'atteinte des objectifs. Le concept de subsidiarité peut participer à un nouveau mode de management offrant la possibilité de doper la communication. L'association de la subsidiarité et des TBP favorise le décloisonnement et la recherche de complémentarité à tous les niveaux et renforce la motivation des acteurs. La mise en place de Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT) favorisera les transferts de patients vers des structures d'aval adaptées. Le partage des informations par la mise en place future du Dossier Médical Personnel favorisera la communication entre les professionnels de santé pour améliorer le partenariat Ville Hôpital et renforcera les réseaux de soins.

Pour le DS le chemin clinique, le raisonnement clinique, et l'analyse du parcours patient sont une opportunité pour redonner du sens aux indicateurs et les replacer au centre de notre cœur de métier de soignants afin que les cadres se les approprient. Le chemin clinique permet la gestion de la qualité des soins par la normalisation des processus. L'enjeu du parcours de soin est d'assurer une prise en charge aux différentes étapes en toute sécurité pour le patient, de coordonner les actions des acteurs de manière formalisée. La réussite du parcours de soin repose sur la communication et la coordination entre les établissements et les professionnels concernés. Le DS en tant que membre de l'équipe de direction joue un rôle pour favoriser les coopérations des paramédicaux tout au long du parcours de soins. Comme pour le TBP, l'organisation du parcours de soin réussira avec la mise en action de compétences collectives. Le DS en fonction des compétences des paramédicaux structurera la prise en charge du patient avec une volonté de complémentarité au nom de la continuité et de la qualité des soins. Dans le cadre du parcours de soins le DS communiquera vers l'extérieur et développera une politique de partenariat au niveau du territoire de santé.

La vision prospective anticipera les changements d'organisation pour garantir une prise en charge optimale des usagers. Ce travail ne réussira que s'il existe une collaboration efficace avec le président de la commission médicale d'établissement. L'élaboration commune d'un projet de prise en charge des patients évalué à l'aide d'un TBP serait pour moi une réussite.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal officiel n°179 du 2 août 1991 page 10255
- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, page 4118
- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Journal officiel n°293 du 12 décembre 1999, page 21641
- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184
- REPUBLIQUE FRANCAISE Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996, page 6324
- REPUBLIQUE FRANCAISE Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005 page 7626
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant le statut du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n°0227 du 30 septembre 2010

Ouvrages

- ALECIAN S., FOUCHER D., 2005, *le management dans le service public*, Paris : Editions d'organisation, 446 p.
- BICHOT J., LECAILON J., NAUDET JY., et al., 2014, *la subsidiarité*, presses universitaires d'Aix Marseille, 116 p.
- CAVAGNOL A., ROULLE A., janvier 2013, *Management stratégique des organisations*, Paris : Gualino lextenso éditions 247 p.
- CREMADEZ M., 1992, *le management stratégique hospitalier*, Paris : interéditions, 318 p.

- De KERVASDOUE J., 2011, l'hôpital, 4^{ème} édition, Mayenne : Presses Universitaires de France, 127 p.
- FERNANDEZ A., octobre 2005, *L'essentiel du tableau de bord*, 1^{ère} édition, Mouguerre : Editions d'organisation, 178 p.
- FERNANDEZ A., mai 2013, *Les nouveaux tableaux de bord des managers*, Clermont Ferrand : Eyrolles, 467 p.
- HELFER JP., KALIKA M., ORSONI J., juin 2006, *Management Stratégie et Organisation*, Mercuès : gestion Vuibert 482 p.
- HOUGRON T., 2001, *la conduite de projets 101 règles pour piloter vos projets avec succès*, 1^{ère} édition, Villeneuve d'Ascq : Dunod, 437 p.
- KAPLAN RS., NORTON DP., juin 2009, comment utiliser le tableau de bord prospectif : Paris Eyrolles éditions d'organisation, 423 p.
- KAPLAN R.S ; NORTON D.P, décembre 2011, *le tableau de bord prospectif*, Paris : Editions d'organisation, 311 p.
- MARTORY B., 2010, les tableaux de bord sociaux, Pays Bas : éditions Liaisons, 261 p.
- VILCOT C., LECLET H., mai 2006, *indicateurs qualité en santé*, Saint Just La Pendue : Editions AFNOR, 165 p.

Articles

- Chapitre 5 organisation de l'hôpital, [visité le 11.07.2014] disponible sur internet : www.ccomptes.fr
- DE BLOCK M., THESMAR F., décembre 2009, « *L'élaboration des tableaux de bord hospitaliers: un mythe ou une réalité possible?* » Revue finances hospitalières n°31, pp.17-22
- Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers, Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Dossiers solidarité et santé N° 2, avril-juin 2001 Publié le 1er avril 2001
- KRIEF ATER N., « *projet stratégique et dynamique de l'hôpital public* », Université lumière Lyon 2, 22 p.
- LEDOYEN J.R., 2013, « *le rapport annuel d'activités des services de soins, un outil de management* » Revue Soins cadres supplément au n°85, pp.S9 – S22
- MARTY C. ; MERLIN H., mai 2007 ; « *mesurer la performance des hôpitaux publics en France* » cahier de recherche, 100p. [visité le 11 aout 2014] disponible sur le site www.hec.fr
- NOBRE T., 2000, « *quels tableaux de bord pour l'hôpital* », manuscrit publié de 21^{ème} congrès de l'AFC 16 p.

- NOBRE T. ; novembre 2012 ; « *le tableau de bord prospectif où en est l'hôpital ?* » revue gestions hospitalières n°520, pp.563-565.
- PELJAK Dominique, 2002, « *La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIe siècle* », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, pp. 134-141
- SICOTTE C., GUISSSET A L., (auteur), LECLERCQ P., et al., « *Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux* » *Sciences sociales et santé - Année 2002 - Volume 20 - Numéro 2-* pp. 65-104

Rapports :

- IGAS, 2012, *L'hôpital*, Paris : la documentation française 298 p.
- Direction Générale de l'Offre de Soins, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, mai 2014, Atlas 2014 des SIH, 116 p.

Mémoires

- BARAT S., décembre 2008, l'apport du tableau de bord au pilotage stratégique d'un établissement de santé, mémoire professionnel DH, Rennes : EHESP, 75 p.
- BUISSON T., septembre 2008, le tableau de bord : un instrument de pilotage de la performance pour le directeur des soins, mémoire professionnel DS, Rennes : EHESP, 50 p.
- LE ROUGE O., septembre 2010, la performance organisationnelle des pôles d'activité clinique : quelles conceptions pour quels pilotages ? mémoire professionnel DS, Rennes : EHESP 36 p.
- LHOMME Y., 2006, de l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage de la nouvelle gouvernance : l'exemple au centre hospitalier de Gonesse, mémoire professionnel DH, Rennes : ENSP, 85 p.

Sites Internet

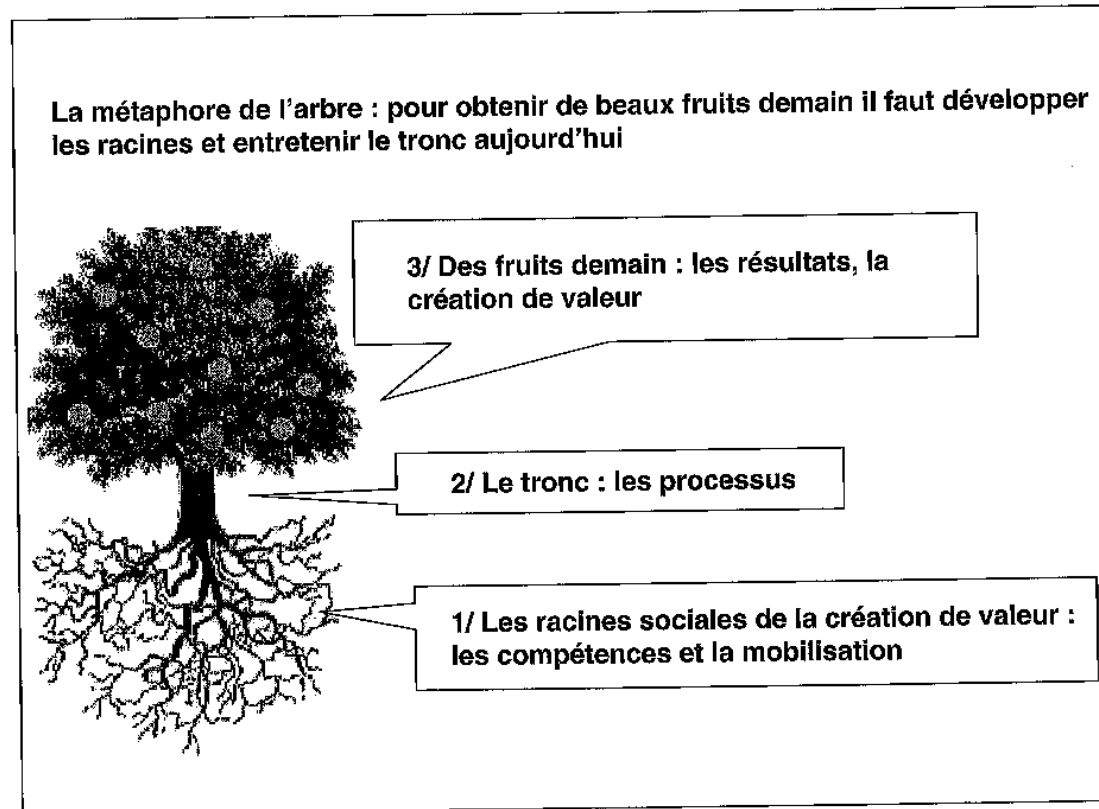
- www.anap.fr
- Développement professionnel continu (DPC), Fiche méthode le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, mai 2014 [visité le 10 août 2014] disponible sur internet sur le site www.has-sante.fr.
- <http://www.chumontpellier.fr> [site visité le 11 septembre 2014]

- Coopération entre professionnels de santé, indicateurs génériques, avril 2012, [visité le 10 août 2014] disponible sur internet sur le site www.has-sante.fr.
- www.larousse.fr/encyclopedie; [site visité le 11 août 2014]
- <http://www.toupie.org>, [site visité le 11 septembre 2014]
- tableau de bord prospectif A FERNANDEZ [site visité le 11 août 2014] disponible sur internet sur le site www.piloter.org/balanced-scorecard/

Liste des annexes

- Annexe 1 : Les tableaux de bord stratégiques
- Annexe 2 : Grille entretien mémoire
- Annexe 3 : Schéma de mesure de la performance
- Annexe 4 : Fiche projet CH n°1
- Annexe 5 : Un exemple de tableau de bord prospectif

Les tableaux de bord stratégiques



« **Les fruits** représentent les compétences et capacités stratégiques, la satisfaction du client, la qualité des produits/services c'est le domaine des tableaux de bord opérationnels. **Le tronc** représente le processus de gestion les substances apportées par les racines sont transformés par la gestion et les managers au travers de processus de création de valeur. On insistera à ce niveau sur la déclinaison des stratégies par la mise en œuvre des processus de ressources humaines. **Les racines** de la performance. Formations, investissement, partenariat, poly compétence du personnel c'est le domaine des informations stratégiques. Ces tableaux concernent les directions.

- ⁶⁰ MARTORY B., 2010, les tableaux de bord sociaux, Pays Bas : éditions Liaisons, p. 247

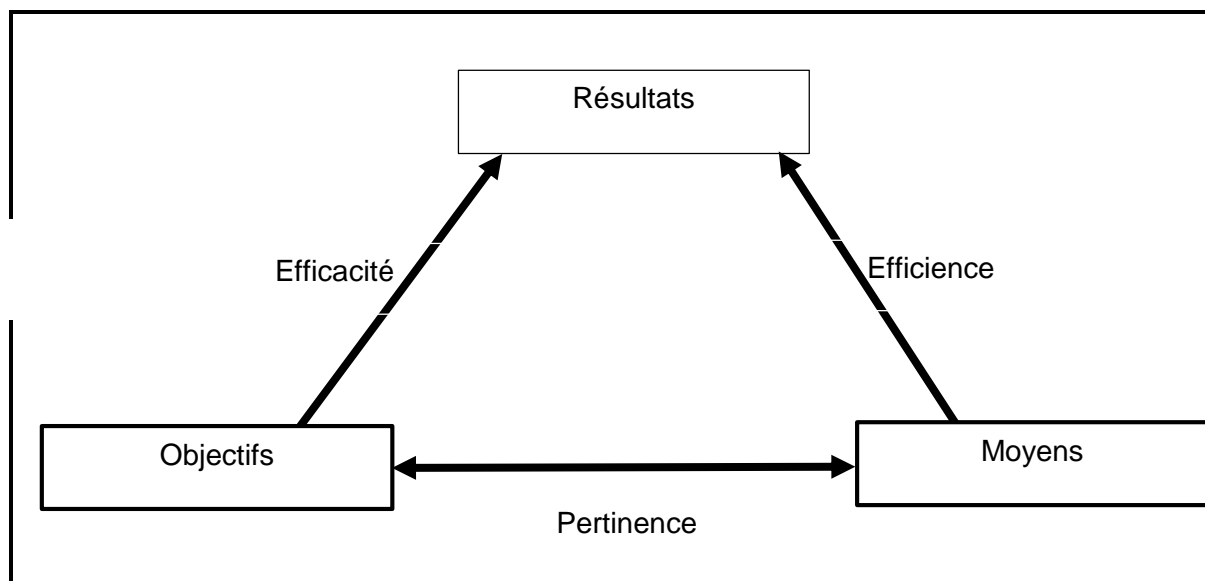
Annexe 2

GRILLE ENTRETIEN MEMOIRE :

1. Quel est votre statut et quelles sont vos missions quelle ancienneté dans le poste ?
2. Qu'évoque pour vous le terme performance hospitalière ?
3. Qu'évoque pour vous le terme outil de pilotage ?
4. Pensez-vous que les outils de pilotage participent à l'anticipation de la stratégie de l'établissement ?
5. Quels sont les outils de pilotage qui vous semblent indispensables pour manager l'établissement ?
6. Quels outils de pilotage utilisez-vous dans le cadre de vos missions ?
7. Quels indicateurs vous sembleraient pertinents au sein d'une direction des soins ?
8. Pensez-vous que les outils de pilotage interviennent dans la prise de décision ?
9. Le tableau de bord intervient-il dans la communication ?
10. Quelle place occupent les systèmes d'information hospitaliers dans le déploiement des tableaux de bord ?

Annexe 3

La mesure de la performance⁶¹



L'efficacité : c'est le degré d'atteinte des objectifs, c'est l'appréciation périodique de la performance

L'efficience : c'est le rapport entre résultats obtenus et les moyens mis en œuvre pour l'obtenir.

La pertinence : traduit l'alignement stratégique de la performance. C'est-à-dire que les résultats obtenus soient conforme aux objectifs stratégiques.

- ⁶¹ MARTORY B., 2010, les tableaux de bord sociaux, Pays Bas : éditions Liaisons, p.190

Annexe 4
FICHE PROJET CH N°1

Intitulé du projet :

Priorité (1, 2, 3):

Echéance principale :

Date	Intitulé – Modifications	Auteur

Commanditaire :	
Chef de projet :	
Pilotage :	
Equipe Projet :	
Rédacteur (s) : (coordonnées, tél., mail)	

<u>Objectifs stratégiques :</u> (établissement, pôle, service, UF)	
<u>Objectifs opérationnels :</u>	
<u>Enjeux</u> (en termes d'organisation, de PEC du patient, de gestion des risques, de reco de bonnes pratiques, d'application de réglementation, de performance, etc...)	
<u>Risques</u> (humains pour les personnels et les patients, matériels, organisationnels, financiers, d'attractivité, d'image):	
<u>Acteurs humains, gestion du temps</u>	
<u>Recueil des besoins</u> (méthode, résultats d'analyse):	
<u>Organigramme des tâches :</u> <i>Cf fiche annexe si besoin</i>	
<u>Planning :</u>	

<u>Plan de communication :</u>	
<u>Budget</u> (valorisation de l'activité, retour sur investissement, dépenses,...):	
<u>Modalités d'évaluation et Indicateurs</u> <i>Permettant de déterminer le suivi et la clôture du projet</i>	

Avis du (des) chef (s) de pôle :

Avis du contrôle de gestion :

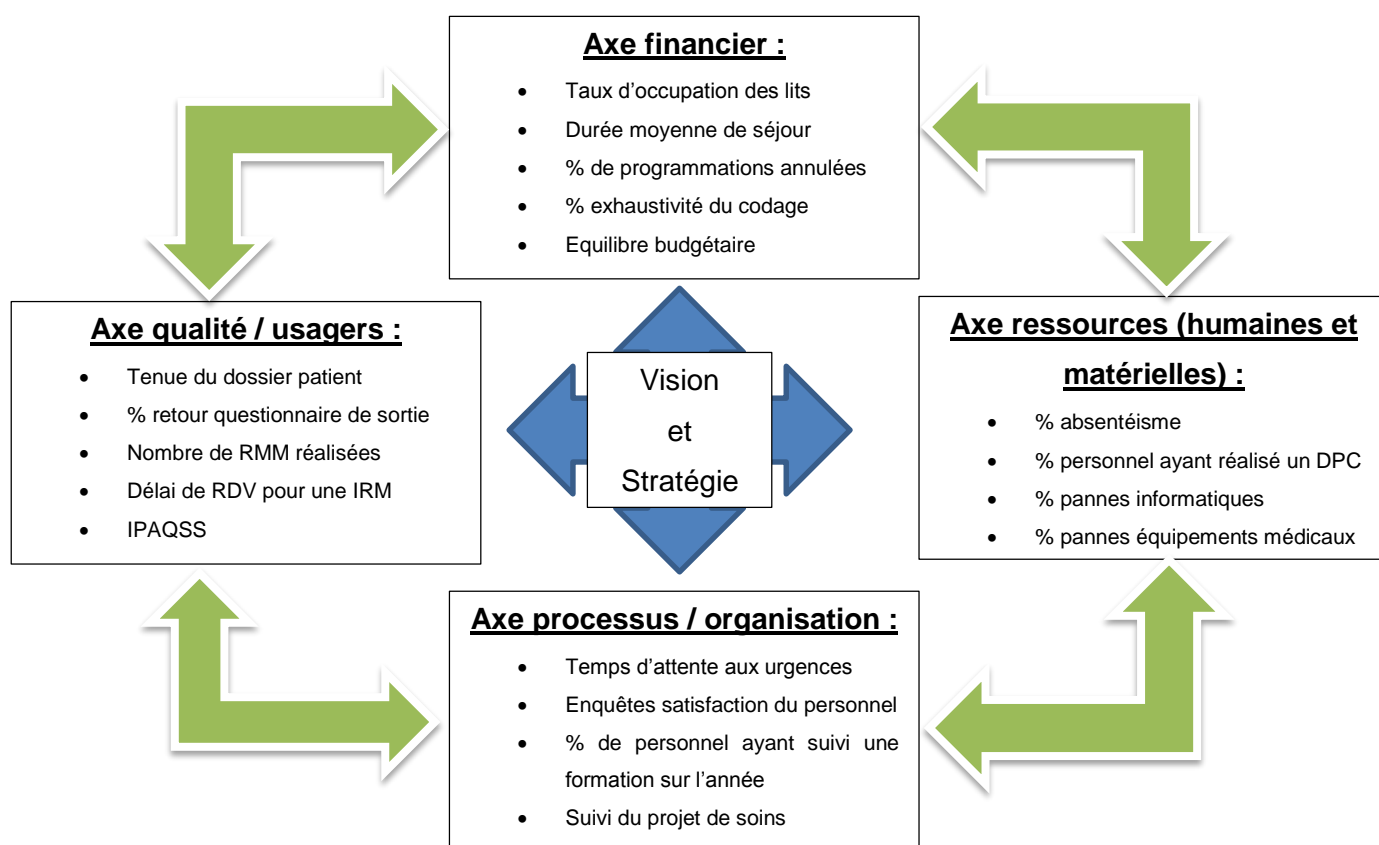
Avis du directoire (en cas d'objectifs stratégiques pour l'établissement ou les pôles) sollicité :

oui non

Décision :

Annexe 5

Un exemple de tableau de bord prospectif



BODIN

Eric

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

LES OUTILS DE PILOTAGE UN LEVIER MANAGERIAL POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Diderot PARIS 7

Résumé :

Les différentes réformes hospitalières ont modifié la notion de performance. Les notions d'efficacité, d'efficience, de qualité, de performances individuelle et collective ont un sens. La mesure de la performance est essentielle. La mise en place de tableaux de bord prospectifs dans les hôpitaux offre la possibilité d'avoir une prise de décision anticipée. La mesure de la performance selon 4 axes (financiers, qualité, processus interne et apprentissage) permet une analyse systémique de nos organisations. L'hôpital doit prendre en compte la place de l'utilisateur dans le système de soins. L'hôpital répond à un besoin de santé sur un territoire.

Le Directeur des Soins conduit les réorganisations. Son accompagnement favorise la création d'outils de pilotage. Dans la recherche d'efficience le Directeur des Soins met en adéquation le développement de la performance et l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Il faut fédérer les agents autour de projets communs et de valeurs communes centrés sur le patient.

Pour répondre aux besoins de la population et à la concurrence la flexibilité des organisations est indispensable. Le renforcement du management de proximité permet de répondre aux besoins qualitatifs des services de soins et quantitatifs et économiques du pôle ou de la direction. La prise de décision au plus près du terrain permet d'anticiper les changements et de réajuster les organisations pour atteindre les objectifs fixés. La notion de subsidiarité conduit à une réflexion sur les décisions qui peuvent être prises au niveau opérationnel. La démarche qualité, les évaluations des pratiques professionnelles sont des missions gérées par le terrain. Le pilotage du service au plus près du terrain permet l'ajustement des moyens en fonction des ressources.

Mots clés :

Qualité des soins, indicateurs, tableau de bord prospectif, management stratégique, subsidiarité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.