

**Mise en place d'indicateurs de performance
stratégiques au sein du réseau hospitalier de
l'Institut Notre-Dame de la Compassion
(INDC)**

Promotrice :

Madame N. Meskens

Mémoire-Projet présenté par :

Mehdi TELEMSANI

En vue de l'obtention du diplôme
de Master en ingénieur de gestion

Résumé

Ce mémoire-projet vise à poursuivre l'élaboration de la carte stratégique entreprise par l'INDC. En d'autres termes, l'objectif est de collecter les KPI qui serviront à mesurer les objectifs stratégiques de l'organisation. Afin de réaliser cette prospection, l'approche méthodologique de la Balanced Scorecard (BSC) a été choisie. Sa structure subdivise les objectifs stratégiques en facteurs critiques de succès (FCS). Ces FCS sont représentés sous la forme d'initiatives au sein de la BSC de l'INDC. Actuellement, 25 initiatives sur les 67 programmées ont débuté. Chacune d'elles a, à sa tête, un chef de projet et un sponsor. Ces personnes constituent mon échantillon d'analyse. Au total, 12 personnes ont été rencontrées et soumises à un entretien individuel semi-directif. Le cheminement de ces entretiens se voulait en entonnoir, c'est-à-dire, d'une explication générale du projet vers les KPI permettant de mesurer l'objectif stratégique qui sous-tend l'initiative. Toutes les interviews ont été retranscrites et analysées. Avant la présentation des résultats, le traitement d'un premier tableau de bord a été réalisé en collaboration avec l'équipe projet 23.1. Étant donné la convergence de mon mémoire-projet avec le rôle de cette initiative, il a été décidé avec mon maître de stage que j'intègre le groupe 23.1 pour la durée de mon stage. La proposition d'un tableau de bord prospectif reprenant l'ensemble des KPI retenus constitue la finalisation de mon mémoire-projet. Néanmoins, cette liste devra être soumise à la validation du comité de pilotage avant d'être définitivement ancrée dans la BSC de l'organisation. À partir de ce moment-là, un suivi stratégique pourra être entrepris. Pour ce faire, il faudra attribuer une valeur cible à chacun des KPI et comparer celle-ci à la valeur réelle de ce dernier. Le tableau de bord prospectif n'étant qu'un guide stratégique, il reviendra aux décideurs de prendre les mesures stratégiques adéquates et de s'assurer du bon déroulement des opérations. En conclusion, l'importance d'une vision commune et partagée se révélera majeure dans la poursuite de ce déploiement stratégique.

Remerciements

Avant de débiter ce mémoire, je souhaite remercier toutes les personnes qui auront contribué de près comme de loin à l'élaboration de ce travail. Je leur témoigne ma profonde reconnaissance pour leur aide et leur soutien. Mes remerciements chaleureux s'adressent en particulier à :

Madame Nadine Meskens, ma promotrice, pour son aide et ses conseils précieux.

Monsieur Christophe Happe, mon maître de stage, pour m'avoir accueilli au sein de l'institution, pour son aide et ses conseils,

L'ensemble des chefs de projet et sponsor pour leur accueil et leur participation active à la réalisation de ce mémoire-projet,

Les personnes de mon entourage proche pour leur appui et leurs encouragements.

***« Le temps n'existe pas sans un
changement qui s'opère par le
mouvement »***

Saint-Augustin - Les Confessions

Table des matières

Introduction.....	1
Partie 1 : Revue de la littérature	3
Chapitre 1 : Le secteur hospitalier de nos jours.....	3
1. Contexte actuel du secteur hospitalier en Belgique :	3
2. Le système de financement de l'hôpital en Belgique :.....	4
Chapitre 2 : Performance, Indicateurs et Tableaux de bord	7
1. La notion de performance.....	7
1.1.Définition	7
1.2.Le système de pilotage de la performance.....	8
2. Les indicateurs de performance.....	11
2.1.Définition :	11
2.2.Les typologies d'indicateurs de performance :	14
2.2.1. Les indicateurs de résultats versus de suivi ou de progression.....	14
2.2.2. Les indicateurs de reporting versus de pilotage.....	14
2.2.3. Les indicateurs synthétiques versus ciblés.....	15
2.3.Exemples de mesure	15
3. Les tableaux de bord.....	16
3.1.Définition	16
3.2.Le tableau de bord prospectif : Balanced Scorecard.....	17
3.2.1. Définition	17
3.2.2. La mise en œuvre du modèle « Balanced Scorecard »	20
3.2.2.1. De manière générale.....	20
3.2.2.2. Les sept étapes de développement de la BSC	21
3.2.2.3. Remarques.....	29
3.3.Le modèle d'excellence EFQM	30
Chapitre 3 : La performance hospitalière.....	33
1. Contexte actuel	33

2. La notion de performance hospitalière	34
2.1. Définitions.....	34
2.2. Les modèles de la performance hospitalière	36
 Partie 2 : Le projet INDC : Prospection et sélection des KPI stratégiques.....	39
Chapitre 1 : Présentation de l'INDC Entité Jolimontoise.....	39
1. La structure de l'INDC	39
2. Mission, Vision et Valeurs	40
3. Les 27 objectifs stratégiques de l'INDC	41
4. Les initiatives de l'INDC	45
5. Les KPI de l'INDC.....	45
Chapitre 2 : Méthodologie	46
1. Contexte général.....	46
2. Déroulement de l'entretien.....	47
Chapitre 3 : Analyse des résultats.....	49
 Partie 3 : Conclusion, recommandations et limites.....	97
Références bibliographiques.....	100

Liste des figures

Figure 1 : Le Pilotage de la performance	9
Figure 2 : Les axes du tableau de bord.....	18
Figure 3 : Exemple de carte stratégique.....	25
Figure 4 : Exemple de présentations des résultats	27
Figure 5 : Le Modèle d'Excellence de l'EFQM	31

Liste des schémas

Schéma 1 : Les critères de choix des indicateurs de performance.....	13
Schéma 2 : La logique de la Balanced Scorecard : de la vision au succès	20

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les sept étapes de l'élaboration d'une Balanced Scorecard.....	21
Tableau 2 : Six types d'indicateurs de performance.....	28
Tableau 3 : Dimensions-clés de la performance hospitalière selon OMS.....	35
Tableau 4 : Les modèles intégrateurs de la performance	37
Tableau 5 : Les 27 objectifs stratégiques de l'INDC.....	44
Tableau 6 : Liste des personnes responsables d'une ou plusieurs initiatives	46

Introduction

De nos jours, gérer la production des soins et maîtriser les différents flux hospitaliers sont devenus un enjeu majeur pour les différents établissements de santé (Marcon et al, 2008). En effet, confrontés à des contraintes budgétaires ou à une modification de leur environnement de travail, les institutions hospitalières sont de plus en plus nombreuses à faire appel à des méthodes industrielles afin de gérer leur performance.

L'INDC Entité Jolimontoise n'échappe pas à la règle. Depuis décembre 2009, cette institution élabore un modèle de gestion stratégique de la performance inspiré de la Balanced Scorecard. Aujourd'hui, elle est au stade de la validation de ses indicateurs de performance ; d'où la raison d'être de ce mémoire projet. En effet, j'ai été chargé de prospecter les KPI qui permettront d'évaluer les objectifs stratégiques de l'INDC. Parmi les 27 objectifs stratégiques que compose la carte stratégique, le vingt-troisième a pour mission d'assurer un pilotage proactif de l'institution. Afin de travailler en adéquation avec la carte stratégique, j'ai intégré l'équipe projet 23.1 au sein de laquelle fait partie mon maître de stage, Christophe Happe, qui occupe le poste de *gestionnaire Qualité et Projets spéciaux* au sein de l'INDC. En accord avec celui-ci, j'ai privilégié une méthodologie consistant à mener des interviews, à la fois des responsables de projets des différentes initiatives découlant des objectifs stratégiques mais également de leur sponsor. Je me suis également basé sur la revue de la littérature existante en la matière et sur les diverses informations mises à ma disposition par l'organisation, pour déterminer des indicateurs provisoires à mettre en place.

Concrètement, mon mémoire-projet sera présenté comme suit :

En première partie de ce mémoire, je présenterai une revue de la littérature à trois niveaux. Tout d'abord, il sera question d'exposer le contexte actuel du secteur hospitalier en Belgique ainsi que son système de financement. Ensuite, je m'attèlerai à définir les concepts de performance, d'indicateurs et de tableaux de bord. Précisément, je détaillerai la façon d'élaborer un tableau de bord prospectif ou encore appelé Balanced Scorecard. Enfin, après avoir défini la performance de manière générale, je présenterai la notion de performance hospitalière ainsi que les différents modèles de pilotage qui en découlent.

Dans la deuxième partie, le projet mené au sein de l'INDC sera exposé. Premièrement, une présentation de cette institution sera conduite sur base des principes généraux de la

Balanced Scorecard à savoir : Mission, Vision, Valeurs, Objectifs Stratégiques et KPI. Deuxièmement, il sera question de présenter la méthodologie employée afin de mener à bien cette prospection de KPI pour l'organisation. Enfin, dans une troisième section, j'analyserai et présenterai les résultats obtenus au travers de la collecte de données par entretien individuel semi-directif.

Dans la dernière partie, je clôturerai ce mémoire en exposant les conclusions et les implications des différents résultats exposés. Les limites ainsi que les voies de recherches futures seront également abordées.

Partie 1 : Revue de la littérature

Chapitre 1 : Le secteur hospitalier de nos jours

Dans cette première partie, nous présenterons le secteur hospitalier belge dans sa globalité. De cette façon, nous offrons aux lecteurs une vue d'ensemble de l'environnement économique, social et organisationnel dans lequel doivent évoluer, de nos jours, les différents établissements de santé. Ensuite, nous expliquerons son système de financement : la façon dont il a évolué et ce qu'il est actuellement.

1. Contexte actuel du secteur hospitalier en Belgique :

Depuis quelques années, les systèmes de santé voient leur environnement de travail se modifier. D'une part, l'équilibre économique a fortement été perturbé par les changements démographiques, économiques et sociaux. En effet, la population ne cesse de vieillir ce qui implique des augmentations de demandes de soins (OMS¹, 2010). La concurrence se fait de plus en plus rude dans un monde qui subit un ralentissement économique. Quant au chômage et à la pauvreté, ils ne cessent d'augmenter. D'autre part, les hôpitaux doivent supporter continuellement des contraintes budgétaires et légales ; le financement du secteur hospitalier étant l'une des sources les plus importantes du déficit budgétaire des pouvoirs publics (Noppen, 2008).

Face à ces constats, les institutions hospitalières doivent de plus en plus emprunter des techniques propres au monde de l'entreprise afin de s'adapter aux changements organisationnels ainsi qu'aux évolutions technologiques (Marcon et al, 2008). En outre, elles doivent garantir et offrir des soins de santé adaptés et de qualité aux meilleures conditions possibles. Dès lors, les hôpitaux doivent faire face à deux problèmes majeurs (Durant, 1997): les coûts et la qualité des soins. Par ailleurs, afin de réduire les coûts et le déficit budgétaire de l'état, les pouvoirs publics imposent, dans les années 80, au secteur de la santé de réaliser des économies d'échelle au travers de fusions, d'alliances ou encore de reprises d'activités. Grâce à celles-ci, les hôpitaux voient leur coût diminuer par une rationalisation de l'offre médicale. Néanmoins, cela aura une conséquence directe sur le nombre d'hôpitaux en fonction en Belgique : 483 en 1980 contre 141 en 2008 (Noppen, 2008).

¹ Rapport de l'OMS sur la santé

Enfin, le secteur de la santé en Belgique, tout comme en France, au Luxembourg ou encore en Allemagne, est principalement financé par un système d'assurances sociales. Cela signifie que les pouvoirs publics tirent une partie du budget des cotisations sociales du travailleur. De plus, en l'absence de cotisations en provenance des retraités, des chômeurs ou invalides, le financement est complété par l'impôt. Un tel système a le mérite d'offrir une couverture de quasi 100% à l'ensemble de la population belge (Durant, 2006).

A présent, voyons en détail la façon dont est financé le secteur de la santé en Belgique ainsi que la manière dont il a évolué ces dernières années.

2. Le système de financement de l'hôpital en Belgique :

Le système de financement, dans le secteur de la santé, n'est pas commun à l'ensemble des pays. Bien souvent, le financement est différent en fonction du pays dans lequel il est appliqué. Pourtant, tous ces pays ont une caractéristique commune : la réforme de leur système de financement hospitalier (Durant, 2006). L'objectif de ces réformes est de contrôler les coûts et d'inciter les établissements de santé à être performants afin de garantir une gestion optimale. Le système de financement est donc complexe et en changements permanents.

En Belgique, de nos jours, les hôpitaux ont trois principales sources de financement : *l'enveloppe fédérale fermée* (appelée le budget des moyens financiers ; BMF), les *honoraires* et la *pharmacie hospitalière* (Mutualité Chrétienne, 2008).

La première source fait suite à une réforme de 2002 visant à répartir de façon plus équitable le budget global entre les hôpitaux. Pour ce faire, le BMF est déterminé sur base de l'activité réelle réalisée au sein de chaque hôpital. Cette dernière est exprimée en fonction des pathologies traitées et des lits justifiés. Autrement dit, ce sont le nombre et le type d'admission qui conditionnent le financement. Afin de calculer cette activité justifiée, une durée de séjour type par pathologie a été définie. Le nombre de lits justifiés, représentant le nombre de lits financés, est alors déterminé par le nombre de journées justifiées. Le BMF couvre donc le financement relatif aux frais d'exploitation, c'est-à-dire l'ensemble des frais relatifs aux activités non médicales telles que les soins infirmiers, les services d'hôtellerie ou encore l'infrastructure. Le BMF représente 45% du financement de l'hôpital. En outre, en 2010, cette enveloppe s'élevait à 6.9 milliard d'euros, avant d'être répartie entre les différents établissements hospitaliers belges (Mutualité Chrétienne, 2008).

Quant aux honoraires, ils ont été scindés en deux parties par la loi programme du 29/12/1990. D'une part, ils permettent à l'hôpital de subvenir aux frais liés à la rémunération des médecins réalisant des actes médicaux. D'autre part, ils couvrent les coûts du personnel, du matériel et des locaux nécessaires à la réalisation de ces actes (Durant, 2006).

Finalement, la troisième source de financement concerne la pharmacie et le matériel de synthèse. Elle permet de couvrir, notamment : les spécialités pharmaceutiques, les médicaments génériques, les bandes et autres matières plâtrées ainsi que le matériel de synthèse dont les prothèses et les implants (Durant, 2010)

Toutefois, le financement des établissements de santé belges n'a pas toujours été défini de la sorte. Au contraire, il a fortement évolué depuis ces quarante dernières années. En 1963, les hôpitaux étaient financés sur base d'un prix normal de la journée d'entretien. Mais avec les charges réelles supérieures à ce prix normal, les organismes publics ont alors défini un prix prévisionnel de financement. Ce n'est qu'en 1982 que la notion d'enveloppe budgétaire est introduite. Elle se calcule sur base du nombre de journées et du prix de la journée. De plus, des quotas entrent en vigueur afin de limiter la durée des séjours. Avec les années, de nombreux arrêtés viennent modifier la loi sur le financement. Avec tous ces changements, un modèle de standardisation voit le jour. Celui-ci s'intitule le « Diagnosis Related Groups (DRG) ». Il s'agit de groupes de pathologies présentant une certaine homogénéité. Comme mentionné, ce modèle vise à standardiser le financement de l'activité hospitalière par la suppression des différences constatées dans le coût des traitements des patients ayant des pathologies identiques (Ladrière, 1996). Ce modèle s'impose donc comme un indicateur de performance des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, afin de soutenir la politique globale de santé, l'hôpital se doit d'enregistrer son activité. Elle doit collecter des données sur ses patients et son activité et les traiter afin de gérer au mieux sa politique interne tout en aidant la politique publique de la santé. Pour ce faire, un système d'enregistrement a vu le jour : le Résumé Hospitalier Minimum (RHM). Il regroupe :

- les données structurelles de l'hôpital ;
- les données relatives au personnel de l'hôpital ;
- les données administratives de l'hôpital et du patient ;
- les données médicales – l'ex-enregistrement des Résumés Cliniques minimum (RCM) ;

- les données infirmières – l'ex-enregistrement des Résumés Infirmiers Minimum (RIM)

En conclusion, comme le dit Durant (2006), si le système de financement belge est continuellement en évolution, il a au moins le mérite de chercher la plus grande équité dans l'allocation entre établissements des ressources disponibles, de responsabiliser les acteurs et d'accroître la performance dans la dispensation des soins en incitant à la réduction des durées de séjour et à l'augmentation de l'hospitalisation de jour. Avec un tel système, l'hôpital a tout à y gagner. En effet, en maîtrisant les durées de séjour de sorte qu'elles soient les plus courtes possibles par rapport à la durée de séjour type, il réalise des économies pour la même capacité de lits et pour un nombre d'admissions plus important.

Chapitre 2 : Performance, Indicateurs et Tableaux de bord

Dans ce deuxième chapitre, nous présenterons certaines notions en lien avec la problématique étudiée. Tout d'abord, nous définirons la performance au sein d'une organisation. Ce concept, primordial dans l'élaboration des indicateurs et des tableaux de bord, est à l'origine de tous les mouvements théoriques qui en découlent. De plus, nous verrons la façon dont elle se mesure et la façon dont elle peut être pilotée au sein d'une entreprise. Ensuite, nous définirons la notion d'indicateurs : quels sont leurs rôles et leurs niveaux. Nous expliciterons également les différentes typologies existantes. Finalement, nous développerons les divers aspects relatifs au tableau de bord équilibré. Ce dernier renvoie au terme anglais « Balanced Scorecard » (BSC). Pour terminer, nous aborderons brièvement le modèle d'excellence EFQM, dans la lignée de la BSC.

1. La notion de performance²

1.1. Définition

Au sens premier du mot, la performance signifie « *le résultat obtenu dans l'exécution d'une tâche* » (Petit Larousse, 2010). Néanmoins, d'un point de vue plus technique, ce même ouvrage définit ce terme comme « *les indications chiffrées caractérisant les possibilités optimales d'un matériel, d'une machine, d'un véhicule...* ». C'est dans cette lignée que s'inscrit la performance d'une entreprise. Au départ, les chiffres collectés sont exclusivement financiers. De plus, nous ajoutons à cela la notion de comparaison. En effet, la performance ne prend tout son sens que lorsque nous la comparons à un autre élément. Dans le cas d'une société, le premier objet de comparaison est sa stratégie. Mollard (2006) qualifie même la performance de relative. Lorino (2003), quant à lui, définit la performance comme suit : « *Est performance dans l'entreprise, tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques* ». Autrement dit, la performance est associée aux objectifs poursuivis par l'entreprise. Cet auteur préconise donc des systèmes de pilotage en connexion perpétuelle avec la stratégie adoptée par l'entreprise. En fait, la performance d'une société passe par la mise en place d'un système de pilotage.

Bref, depuis les années nonante, la notion de performance a évolué. Elle n'est plus synonyme de mesures traditionnelles basées sur des indicateurs purement financiers (Kaplan

² Cette section s'inspire en partie de la thèse de doctorat de Valérie Dhaevers (2011) ; pp.7-23

et Norton, 2004). En effet, dans pareil cas, ces deux auteurs ont constaté qu'elle nous donnait une vision assez incomplète du court terme. Face à cette constatation, les entreprises vont s'intéresser petit à petit aux différents acteurs qui les entourent à savoir : clients, fournisseurs, employés, processus...en délaissant quelque peu les indicateurs financiers ; ces derniers ne visant que la réduction des coûts. Les décisions stratégiques d'une entreprise ne sont donc plus dictées que par les mesures financières de performance de cette dernière. Elles regroupent également des mesures non financières. En tenant compte de ces deux aspects, l'entreprise peut alors gérer et contrôler au mieux quotidiennement l'ensemble de ses opérations telles que la fabrication, la distribution ou encore la maintenance... Avec l'introduction des mesures non financières dans la notion de performance, de nouveaux modèles d'analyse ont vu le jour dans la littérature scientifique. L'un des premiers modèles à introduire ces deux types de mesures n'est autre que la « Balanced Scorecard ». Comme nous l'explicitons dans une prochaine section de ce mémoire, ce modèle vise à décliner la stratégie de l'entreprise en indicateurs clés de performance tout en tenant compte des différents partenaires de celle-ci.

Enfin, une étude menée par Germain (Guerra, 2007) montre que ce sont généralement les grandes entreprises qui sont les plus utilisatrices du modèle de la Balanced Scorecard dans l'évaluation de leur performance. En effet, la présence d'un environnement professionnel de plus en plus complexe et incertain fait que les organisations ne sont plus satisfaites d'un suivi à posteriori de leur performance via les résultats financiers. Les outils de pilotage, plus réactifs, sont nécessaires dans le suivi systématique de la performance des processus et des prestations vis-à-vis des clients de l'entreprise. C'est ce que nous allons développer dans la sous-section suivante.

1.2. Le système de pilotage de la performance

Marcon et al (2008) désigne le pilotage de la performance par « *l'ensemble des processus décisionnels s'appuyant sur un ensemble d'outils, de méthodes et de ressources mis en œuvre pour élaborer, dynamiquement et à tous les niveaux décisionnels d'une organisation (stratégique, tactique, opérationnel), les consignes (objectifs, procédures...) pertinentes à donner au système piloté, soumis à perturbations, pour atteindre un objectif donné et permettant la maîtrise de la performance* ». En d'autres termes, le pilotage de la performance reprend l'ensemble des actions à accomplir en vue de satisfaire les objectifs fixés par

l'entreprise. Il permet le maintien de la performance ainsi que l'évolution vers un niveau meilleur.

Piloter est donc un exercice exigeant et complexe qui demande une réflexion préalable quant à son ancrage. Pour ce faire, la société doit définir un schéma clair de pilotage reprenant notamment : la distribution des rôles, les politiques d'entreprise ou encore la définition des pratiques collectives. Bref, ce schéma doit lui donner une vision sur la façon dont le pilotage va s'organiser (Lorino, 2003).

Grâce à la mise en place d'un tel système, les différents responsables peuvent identifier les causes de non performance de leurs entités et prendre les mesures correctives nécessaires au redressement de leur performance. Toutefois, ces causes ne peuvent être déterminées que par une collecte d'information et un contrôle des activités et ressources critiques au sein de l'organisation. C'est pourquoi, un système de pilotage va de pair avec la mise en application d'un système d'indicateurs de performance (comme nous le découvrirons dans le prochain point). La figure 1 résume parfaitement la logique d'un système de pilotage.

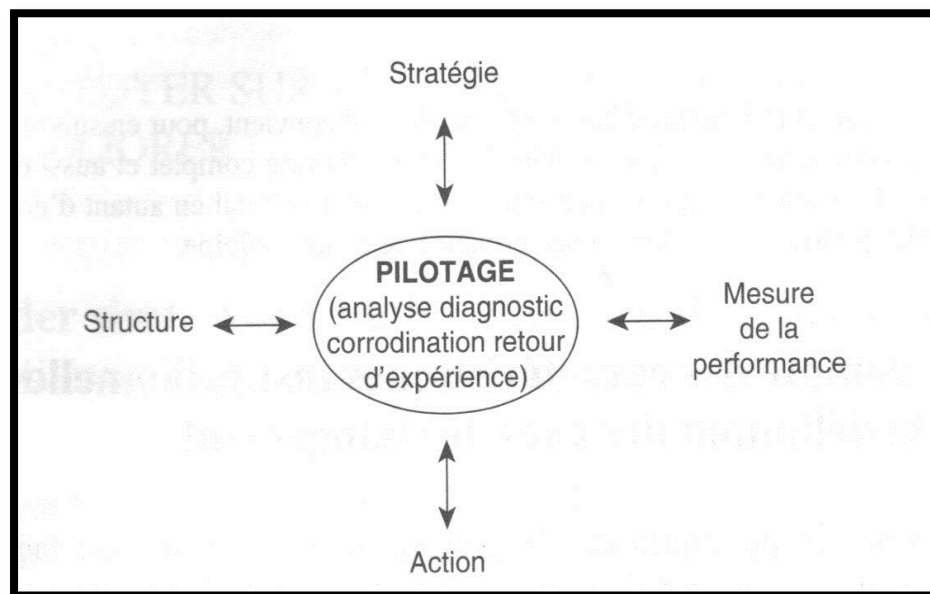


Figure 1 : Le Pilotage de la performance

Source : DEMESTREE R., LORINO P., MOTTIS M. (2006), *Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise*, Paris, Dunod

Par ailleurs, une bonne connaissance des processus en application au sein de l'entreprise est nécessaire au pilotage de la performance ; tout comme une bonne maîtrise des gestionnaires qui la pilotent. Un processus peut être représenté par un ensemble d'activités en

interaction et organisées en vue de remplir un objectif spécifique (Guerra, 2007). Le suivi et le contrôle des objectifs stratégiques définis par la direction sont donc garantis par l'ensemble des processus. Dans un contexte de pilotage de l'entreprise, la stratégie peut apporter (Demestree et al, 2006) :

- une analyse des opportunités et menaces, qui permettra d'identifier les facteurs clés de succès de l'entreprise.
- ainsi qu'une analyse des forces et faiblesses qui positionnera la société par rapport aux diverses opportunités et menaces détectées précédemment.

Voyons à présent la notion d'indicateurs de performance, indispensable dans la mise en place d'un système de pilotage.

2. Les indicateurs de performance

2.1. Définition :

Comme mentionné précédemment, afin de piloter au mieux la performance d'une activité ou d'un centre de responsabilité, le décideur a besoin, en plus des critères financiers, d'informations quantifiées : des indicateurs³. Néanmoins, avant de définir ces derniers, l'entreprise doit déterminer ses objectifs (Guerra, 2007). Ensuite, elle choisit les indicateurs susceptibles de la renseigner sur l'état actuel du système et de l'environnement qu'elle est en charge de piloter. En d'autres termes, elle les définit de sorte qu'ils permettent d'identifier ses forces et ses faiblesses ainsi que les domaines sur lesquels elle doit interagir afin d'accroître sa performance. Bref, les indicateurs sont des mesures pertinentes visant à repérer rapidement les problèmes afin d'y remédier par des actions correctrices.

En s'intéressant à la notion de performance, les auteurs se sont donc attelés à définir un système d'indicateurs de performance. Selon Mollard (2006), la mise en place d'un tel système a pour objectif de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés. Le rôle des indicateurs est donc de traduire la performance des processus opérationnels; ces derniers étant liés à la stratégie de l'entreprise (Demestree et al, 2006). Un indicateur de performance peut alors être défini de la façon suivante (Lorino, 2003) : « *une information devant aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat* ». Toujours dans ce sens, la norme ISO8402 dira d'un indicateur qu'il est « *une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis* ». Les indicateurs de performance peuvent être considérés comme un outil d'aide à la décision. Ils reflètent un élément de situation ou une mesure de l'évolution d'un point de vue quantitatif. En somme, nous pourrions résumer de la façon suivante les principales actions couvertes par les indicateurs :

- Un **suivi de l'action** : où en sommes-nous ?
- Une **évaluation** : quels sont les résultats atteints ?
- Un **diagnostic** : quels sont nos problèmes ou nos opportunités ?

³ Les indicateurs ont de nombreux synonymes comme l'illustrent les exemples suivants : indicateurs de prestation, key performance indicators, indicateurs de performance clés, points de mesure, mesures clés de succès, strategic measures...

- Une **vigilance** : quels sont les changements qui affectent notre environnement ?

Par ailleurs, étant donné le coût non négligeable de la mise en place d'indicateurs, l'entreprise veillera à définir clairement leurs fonctions. Les services rendus par l'indicateur doivent être explicites et utiles. Ce coût considérable est lié à la collecte, au traitement de l'information, à la présentation et au temps consacré à l'analyse de l'indicateur. Par conséquent, le décideur évitera les indicateurs aux fonctions floues qui d'une part coûtent cher à l'entreprise et d'autre part engendrent une confusion quant aux priorités de l'action et à l'évaluation des situations rencontrées. Les indicateurs seront donc retenus en un nombre limité. Afin de sélectionner les bons indicateurs, Guerra (2007) a mis en exergue différents critères de choix :

- Un indicateur doit pouvoir **mesurer un ou plusieurs objectifs**. En d'autres termes, il sera déterminé et sélectionné en fonction des objectifs et des besoins de l'unité à piloter.
- Un indicateur doit être **constructible**. Cela signifie que les données nécessaires à cette construction soient facilement disponibles au sein de l'organisation.
- Un indicateur doit pouvoir être **utilisé en temps réel**. L'indicateur doit être construit de sorte que sa valeur traduise toute modification du phénomène contrôlé.
- Un indicateur doit **être communicable**. La façon dont seront présentées les valeurs prises par les indicateurs, est cruciale. En effet, la présentation peut influencer l'interprétation de l'utilisateur.
- Un indicateur doit **induire une action**. En cas d'évolution des valeurs, il doit servir de signal d'alarme aux utilisateurs afin qu'ils puissent entreprendre des actions correctives.

Si les indicateurs mis en place au sein de l'entreprise ne répondent à aucun de ces critères, ils seront jugés inutiles dans l'évaluation de la performance. Le schéma 1 résume ces critères de choix.



Schéma 1 : Les critères de choix des indicateurs de performance

Source : DEMESTREE R., LORINO P., MOTTIS M. (2006), *Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise*, Paris, Dunod

Par ailleurs, afin de choisir correctement les indicateurs, il existe trois niveaux qui se relayent dans le but de garantir la performance. Courtois et Bonnefous (2001) proposent et distinguent ainsi les indicateurs *stratégiques* (1), des indicateurs *tactiques* (2) et *opérationnels* (3) :

- (1) Les **indicateurs stratégiques** ont trois principales caractéristiques. Ils visent le *long terme*. Ils sont très *synthétiques* et touchent au domaine *financier*. La direction d'une entreprise ou une équipe de pilotage à un niveau hiérarchique élevé porte un grand intérêt à ces indicateurs. En effet, grâce à ces derniers, ils peuvent déterminer, par exemple, les chiffres d'affaire de l'ensemble des activités ou le niveau de satisfaction des clients.
- (2) Les **indicateurs tactiques** sont quant à eux des indicateurs de *moyen terme*. Ils seront intéressants pour les responsables de la hiérarchie de niveau

intermédiaire. Par exemple, ils peuvent avoir pour objectif de définir un taux de rotation des stocks.

- (3) Les **indicateurs opérationnels**, comme leur nom l'indique, sont utiles pour les niveaux opérationnels de l'entreprise. A l'opposé des indicateurs stratégiques, ils visent davantage le *court terme* et sont rarement exprimés sous forme financière. A titre d'exemples, ils peuvent servir au suivi de la production journalière.

2.2. Les typologies d'indicateurs de performance :

L'utilisateur peut également se référer à différentes typologies d'indicateurs. En fonction de ce que l'entreprise cherche à réellement mesurer, Lorino, Demestree et al distinguent ainsi : les indicateurs de résultats versus les indicateurs de suivi ou progression, les indicateurs de pilotage versus de reporting, les indicateurs synthétiques versus les indicateurs ciblés. Voici une brève description de chacun de ces indicateurs :

2.2.1. Les indicateurs de résultats versus de suivi ou de progression

Lorino (2003) décrit *l'indicateur de résultat* comme suit : son rôle est d'évaluer le résultat final d'une action achevée. En d'autres termes, il s'agit d'un outil de contrôle permettant de déterminer si les objectifs fixés par la cellule, le département ou l'entreprise, ont été atteints.

Quant *aux indicateurs de suivi*, cet auteur les définit comme une mesure du niveau d'avancement d'une action en cours. Par ce contrôle de la progression, l'entreprise peut alors mettre en place des mesures correctives en vue de l'amélioration du résultat.

2.2.2. Les indicateurs de reporting versus de pilotage

Les *indicateurs de reporting* informent le niveau hiérarchique supérieur de la performance, en termes de résultats atteints, du niveau inférieur. Ces indicateurs sont souvent le reflet d'un engagement formel pris par un responsable vis-à-vis de sa hiérarchie. Dès lors, ils en mesurent l'accomplissement. Il s'agit d'indicateurs de résultat, d'un constat à posteriori (Lorino, 2003).

Quant aux *indicateurs de pilotage*, ils n'ont pas pour objectif d'informer la hiérarchie. Ils sont souvent utilisés dans le cadre d'une assistance dans le pilotage d'une activité. Selon les situations, ils peuvent être tantôt des indicateurs de suivis, tantôt des indicateurs de résultats.

2.2.3. Les indicateurs synthétiques versus ciblés

Lorsqu'une situation est construite sur base d'une multitude d'informations, l'entreprise peut utiliser les *indicateurs synthétiques*. En effet, comme leur nom l'indique, ils visent à reprendre de manière globale ladite situation. A titre illustratif, nous pouvons citer le coût de revient d'un produit qui est souvent le résumé d'un ensemble de données. Ces indicateurs couvrent donc un champ très large et sont globaux. Toutefois, ces derniers peuvent avoir pour inconvénient d'être difficiles à interpréter due à cette construction sur base de multiples composantes.

A l'inverse, il existe *les indicateurs ciblés* qui se focalisent sur un aspect précis et particulier de la performance de l'organisation. S'ils ont l'avantage d'être interprétés plus facilement, ces indicateurs peuvent s'accumuler rapidement à cause d'une mauvaise définition au préalable (Demestree et al, 2006).

2.3. Exemples de mesure

Quelle que soit la typologie d'indicateurs définie, ceux-ci peuvent porter sur diverses caractéristiques de l'action et des résultats (Demestree et al, 2006). Nous pouvons ainsi citer les mesures suivantes :

- Mesure d'activités
- Rendements
- Temps
- Ratios de qualité
- Performances financières
- Flux
- Comportements socio-humains
- Performances d'hygiène et de sécurité

- La complexité
- L'environnement

Finalement, le réseau d'indicateurs créé devra être régulièrement contrôlé (Guerra, 2007). L'entreprise doit s'assurer qu'il permet toujours l'action. De plus, un suivi approfondi de toute l'organisation sera impossible ; d'où la nécessité de privilégier des indicateurs en concordance avec les objectifs stratégiques. Sur le plan pratique, le développement d'indicateurs de performance au sein d'une organisation va souvent de pair avec l'élaboration de tableaux de bord. C'est ce que nous allons découvrir dans la troisième section.

3. Les tableaux de bord

3.1. Définition

Un tableau de bord est un outil d'aide à la décision utile à toute entreprise développant des indicateurs de performance. En effet, grâce à celui-ci, l'ensemble des indicateurs définis sont rassemblés afin d'être suivis par la même équipe ou par le même responsable. Autrement dit, il s'agit d'un tableau de synthèse d'indicateurs visant à renseigner l'utilisateur sur l'état des variables sous-contrôles au moment de son examen (Guerra, 2007).

Par ailleurs, ce tableau est non-exhaustif et à durée de vie courte (Demestree et al, 2006). Il doit évoluer au même rythme que les priorités ou que la réalisation du plan d'action. De plus, la qualité de l'information retenue par ce type d'outils dépend fortement de la pertinence des indicateurs en termes : de choix, de définition, de valeurs cibles ou encore de liens qui les relient les uns aux autres mais aussi aux objectifs stratégiques (Guerra, 2007).

Enfin, le lecteur se souviendra que le tableau de bord n'est qu'un outil d'aide à la gestion. Son rôle se limite à fournir de l'information (Guerra, 2007), les décisions étant toujours sous la responsabilité de l'utilisateur.

Comme nous le découvrirons dans la deuxième partie de ce mémoire, la démarche adoptée par l'INDC, afin de construire son tableau de bord stratégique, est dite de haut en bas. En effet, elle s'inspire de la méthode de la « balanced Scorecard » (BSC) ou tableau de bord prospectif (TBP). Cette approche sert avant tout d'outil au management et/ ou au pilotage de l'entreprise. Découvrons en détail ce modèle dans la prochaine sous-section.

3.2. Le tableau de bord prospectif : Balanced Scorecard

3.2.1. Définition

Développé par Kaplan et Norton au sein de la Nolan Norton Institute dans les années 90, la Balanced Scorecard (BSC) est à l'origine un système de mesure de la performance tenant compte aussi bien des indicateurs financiers que des indicateurs non financiers. En effet, ces deux auteurs constatent à l'époque que les mesures financières ne racontent pas tout sur la performance de l'entreprise ; d'où l'idée de créer un pareil modèle.

Par la suite, la BSC devient une technique d'implémentation de la stratégie de l'entreprise. L'approche développée par ces deux auteurs est bien plus qu'un simple outil de contrôle des performances. C'est également un modèle de gestion à part entière (Guerra, 2007). Précisément, il traduit la mission, la vision et la stratégie d'une organisation en objectifs opérationnels spécifiques et mesurables. Chandler (1962) définit la stratégie comme un processus de prise de décision permettant :

- de **déterminer** les buts et objectifs à long terme de l'entreprise ;
- d'**adopter** des lignes d'actions ;
- et d'**allouer** des ressources nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.

Plus précisément, selon Lorino (2003), la stratégie définie par l'entreprise vise à « *concevoir la ou les **chaines de valeur** auxquelles elle doit prendre part et les **positions** qu'elle doit y occuper en vue de lui garantir des avantages concurrentiels pérennes et défendables* ».

Afin de mesurer ces objectifs stratégiques, le modèle BSC leur associe :

- des **facteurs critiques de succès** (FCS) et des **actions** permettant de réaliser l'objectif.
- des **indicateurs de performance** appelés KPI. Ce sont des mesures qui permettent de savoir si l'objectif est atteint.
- des **valeurs cibles** qui déterminent le niveau de performance souhaité.

De plus, il présente, sous la forme d'un rapport (cf. figure 2 ci-dessous), les quatre principales dimensions ou perspectives génériques de performance de l'organisation, à savoir :

- les perspectives « **financières** » soit les **résultats** : Qu'attendent les mandataires (direction, tutelle, conseil d'administration...) en termes de

résultats ? Autrement dit, elles s'assurent que la mise en œuvre de la stratégie contribue à améliorer la rentabilité

- les perspectives « **clients** » : Quelle valeur ajoutée attendent les parties prenantes ? Avec quelle qualité de produits et de services l'entreprise sera-t-elle en mesure de réaliser ses objectifs ?
- les perspectives des **processus** internes : De quelle façon l'entreprise doit-elle s'organiser et s'améliorer afin de réaliser les perspectives précédentes ? En d'autres termes, cette perspective vise à évaluer la performance de la chaîne de valeur ; soit la performance des processus internes qui procurent de la valeur aux clients et aux actionnaires.
- les perspectives d'**apprentissage** et de **croissance** soit les **compétences** : Quels sont les objectifs que l'entreprise doit formuler au niveau des connaissances, compétences, ressources... afin d'innover et de croître dans les différentes perspectives ? L'apprentissage organisationnel⁴ peut être envisagé comme une résolution de problèmes installés dans l'action.

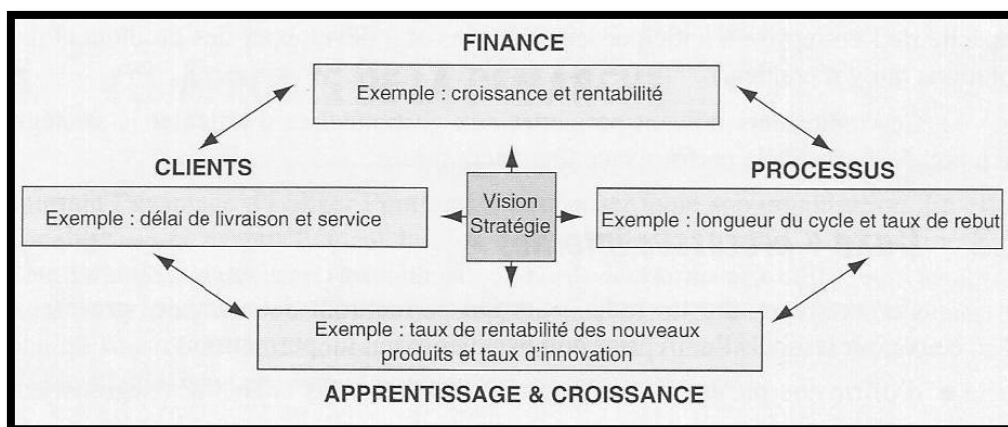


Figure 2 : Les axes du tableau de bord

Source : GUERRA F. (2007), *Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif*, Paris, DeBoeck

Ces perspectives reflètent la logique de base de la stratégie comme le montre le schéma 2. Cette logique est représentée par des relations de causes à effets entre les différents

⁴ A titre informatif, Métais et Roux-Dufourt⁴ ont décrit quatre processus d'apprentissage organisationnel : l'apprentissage comme processus d'adaptation, l'apprentissage comme processus d'imitation, l'apprentissage comme processus d'expérimentation, l'apprentissage comme guide de l'action collective.

facteurs critiques de succès. Ces derniers permettent de traduire la stratégie en actions concrètes. Ces relations de causes à effets peuvent se traduire de la façon suivante (De Schepper, 2010) :

« Développer les compétences de vos collaborateurs afin de déployer des processus performants qui créent la valeur ajoutée demandée par le client et qui réalisent les objectifs stratégiques que vous avez fixés »

En outre, à chaque perspective sont associés des indicateurs spécifiques (Guerra, 2007). Ainsi, la perspective de « résultat » est généralement représentée par des indicateurs financiers. Ces derniers sont utiles à l'entreprise qui désire, par exemple, calculer le taux de rentabilité d'un investissement ou le coût de revient d'un produit. Les indicateurs liés à la perspective « clients » renvoient quant à eux à des indicateurs de type : satisfaction et fidélité des clients existants, rentabilité par catégorie de clients, part de marché sur les segments ciblés. Les indicateurs de la perspective « processus internes » sont des données physico-opérationnelles. Ils sont utilisés dans le but de refléter la réalité des modes opératoires et des processus de l'entreprise. Dans pareille situation, l'indicateur doit alors se reposer sur des données physiques et opérationnelles afin d'évaluer la performance. A titre d'exemples, nous pouvons citer les indicateurs de processus internes suivants : le volume, le coût, le délai, la qualité, l'efficacité ou encore l'efficience. Pour terminer, les indicateurs relatifs à la perspective « compétences » peuvent se décomposer en trois familles : ceux qui mesurent le potentiel du personnel (l'ambiance sur le lieu de travail ou la facilité du personnel à exprimer ses idées), ceux qui évaluent les systèmes d'information, ceux qui déterminent la motivation, la responsabilisation et l'alignement des objectifs du personnel avec ceux de l'organisation.

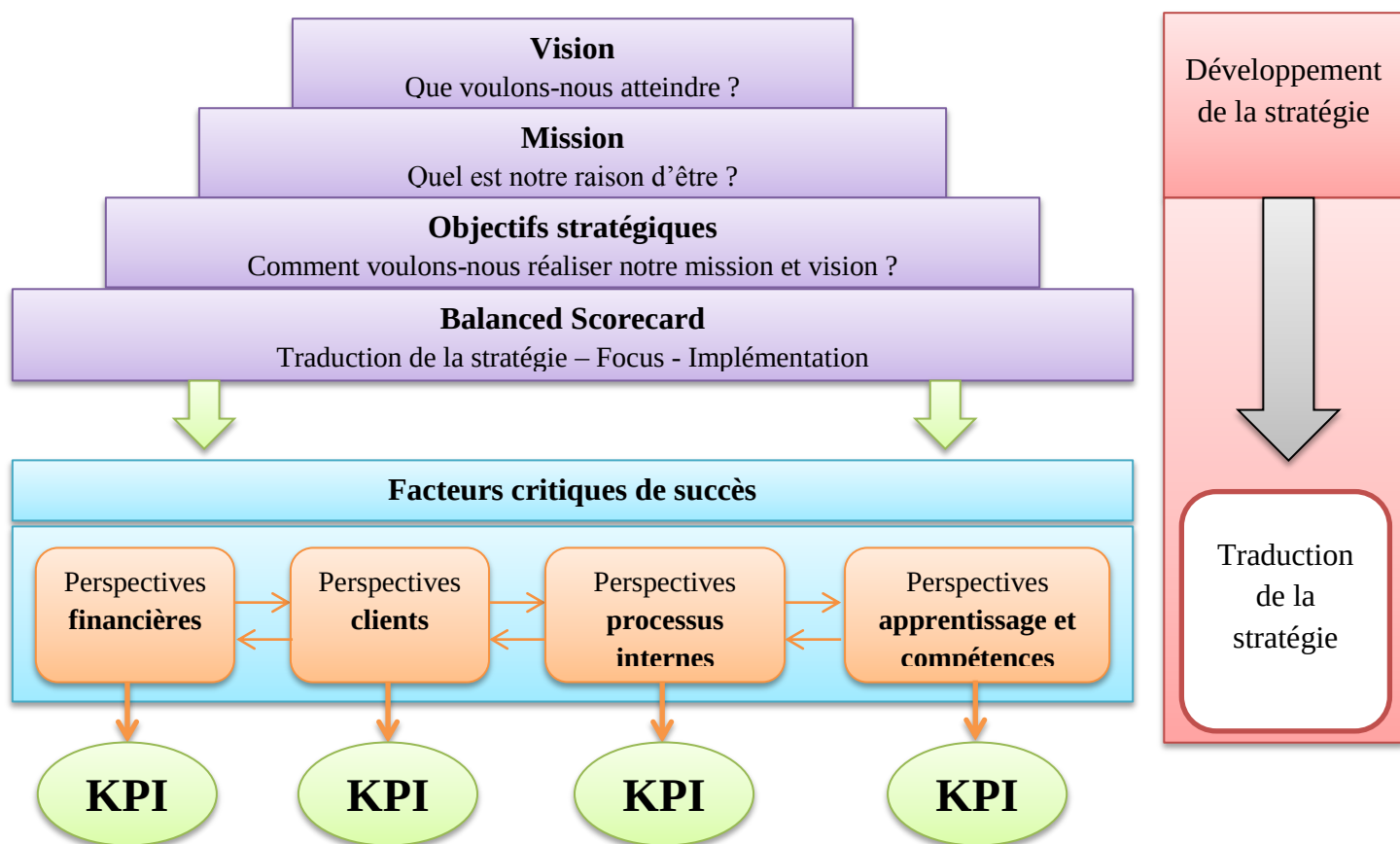


Schéma 2 : La logique de la Balanced Scorecard : de la vision au succès

Source : DE SCHEPPER E. (2010), *Formation pratique à la Balanced Scorecard de Kaplan et Norton*, bbest

Finalement, malgré le souhait de Kaplan et Norton de proposer un tableau de bord en quatre perspectives, la démarche n'est pas figée et doit être adaptée à l'entreprise qui souhaite l'adopter (Guerra, 2007).

3.2.2. La mise en œuvre du modèle « Balanced Scorecard »⁵

3.2.2.1. De manière générale...

La mise en place d'une telle approche nécessite que l'entreprise se penche sur la définition de sa *mission* (1), de sa *vision* (2), de ses *valeurs* (3), de ses *stratégies* (4), de ses *objectifs* (5) et de ses *plans d'actions* (6). Cette phase de définition est synthétisée de la façon suivante :

⁵ Cette sous-section s'inspire de : DE SCHEPPER E. (2010), *Formation pratique à la Balanced Scorecard de Kaplan et Norton*, Formation organisée par bbest

- (1) La mission représente **la raison d'être** de l'entreprise c'est-à-dire son objectif fondamental.
- (2) Inspirée de la mission, la vision oriente et informe l'organisation sur ses **projets futurs**.
- (3) Les valeurs sont le reflet des **principes** et de la **philosophie** de la société.
- (4) Afin de développer et d'atteindre sa vision, l'entreprise doit définir des stratégies.
- (5) Dans le but de satisfaire ses stratégies, l'organisation doit élaborer des **objectifs mesurables et réalistes**.
- (6) En créant des plans d'actions, les objectifs seront traduits en **tâches** concrètes à mener ainsi qu'en **responsabilités** et **délais** à remplir.

3.2.2.2. Les sept étapes de développement de la BSC

Toute entreprise souhaitant implémenter une BSC doit respecter une certaine logique de construction. En effet, le tableau de bord prospectif se construit au travers de sept étapes succinctes. La durée d'une telle implémentation peut varier entre 8 à 12 semaines et est influencée par plusieurs facteurs, notamment: la taille de l'organisation, le niveau d'implication de la direction, la disponibilité des données, la disponibilité des ressources... Le tableau 1 résume les sept phases de développement de la BSC. Dans les paragraphes suivants, nous nous attèlerons à décrire l'objectif de chacune de ces étapes.

Etapes du développement de la BSC

0	Préparation – Formation de l'équipe - Démarrage
1	Déterminer le cadre de référence stratégique
2	Formuler les perspectives et objectifs stratégiques ou activités clés de l'entité
3	Identifier les facteurs clés de succès (FSC)
4	Visualiser les relations causales entre les FSC sur une carte stratégique
5	Identifier et décrire les indicateurs de performance clés (KPI) et leurs cibles
6	Déterminer les initiatives stratégiques (actions prioritaires) afin de réaliser les objectifs stratégiques
7	Planifier l'implémentation

Tableau 1 : Les sept étapes de l'élaboration d'une Balanced Scorecard

Source : DE SCHEPPER E. (2010), *Formation pratique à la Balanced Scorecard de Kaplan et Norton*, bbest

Etape 0 : Préparation – Formulation de l'équipe – Démarrage

L'étape initiale touche à la *mise en préparation et à l'organisation* du projet BSC. Durant cette phase, les responsables doivent définir les objectifs du projet : quel est l'environnement, quelle est la composition de l'équipe, quelles sont les compétences attendues, quelles sont les formations à envisager, quel est le plan de communication du projet etc.

Elle vise également à rassembler toute la documentation nécessaire à la réalisation du projet. Précisément, il s'agit de tous les documents stratégiques de l'entreprise qui renvoient à sa mission, sa vision, ses valeurs ou son plan annuel de financement. De plus, cela peut concerner des rapports d'audit, d'analyses SWOT⁶ ou de projet d'innovation au sein de l'entreprise.

Enfin, c'est la phase qui orchestre le démarrage. Au cours de celui-ci, l'entreprise doit motiver les collaborateurs à prendre part au projet. Elle doit communiquer les différentes étapes planifiées du projet en expliquant les objectifs et responsabilités de chacun.

Etape 1 : Déterminer le cadre de référence stratégique

Une fois le projet présenté, le cadre de référence stratégique du tableau de bord prospectif doit être déterminé. En d'autres termes, cette étape a pour objectif de résumer l'orientation stratégique de l'organisation.

Lors de la mise en application de cette phase, deux cas de figures peuvent se présenter aux utilisateurs. Premièrement, l'entreprise dispose déjà de tous les documents stratégiques permettant de développer les objectifs à partir desquels seront dérivés les facteurs critiques de succès. Malgré tout, dans pareille situation, un *workshop*⁷ peut être organisé afin d'explicitier davantage encore la mission et la stratégie de l'entreprise. C'est ce qui est appelé une ***stratégie explicite***. Deuxièmement, les documents actuels ne sont pas suffisants dans le but de décrire une stratégie explicite. Les facteurs critiques de succès doivent alors découler de la ***stratégie implicite*** de l'entreprise à savoir de ses activités et de ses processus clés.

⁶ Analyse des forces et des faiblesses, des menaces et des opportunités

⁷ Séance de travail

Etape 2 : Formuler les perspectives et objectifs stratégiques (ou activités clés) de l'entité

La deuxième phase se décompose de la manière suivante : d'une part, formuler les perspectives de la BSC ; d'autre part formuler les objectifs stratégiques ou éventuellement les processus clés de l'organisation.

Ces deux formulations vont dépendre de la qualité des documents stratégiques initialement rassemblés (cf. stratégie explicite et implicite). Dans le cas d'une stratégie explicite clairement définie, sur base de toutes les informations stratégiques pertinentes, la société doit déterminer :

- les *actions* à mettre en place à court ou moyen terme afin d'atteindre les objectifs et afin d'améliorer la performance à long terme.
- les *parties prenantes* et leurs attentes
- les *tendances* significatives du secteur ou du domaine de gestion
- son *positionnement*
- les *progrès* qu'elle désire réaliser sur la voie de cette orientation stratégique
- les *objectifs stratégiques* permettant d'atteindre cette progression

Si toute l'information n'est pas disponible dans les documents stratégiques, l'entreprise doit étudier ses processus clés qui permettront d'atteindre les objectifs stratégiques. Ces activités clés sont dérivées de la mission, du mandat et de la raison d'être de l'organisation. Elles renvoient à des processus primaires qui apportent la valeur ajoutée au client.

Etape 3 : Identifier les facteurs clés de succès

Une fois les perspectives et objectifs stratégiques formulés, la troisième étape vise à identifier les facteurs critiques de succès. Pour rappel, ces derniers traduisent les objectifs stratégiques en actions concrètes.

A un objectif stratégique peut être associé plusieurs FCS. Afin de les identifier au mieux, ceux-ci doivent répondre à trois questions :

- De quoi la société a-t-elle besoin dans le but d'accomplir ses objectifs ?
- Quels efforts doit-elle fournir en vue de réaliser ses activités clés ?
- Quels résultats doit-elle produire afin de parler d'une réussite en termes de bon fonctionnement ?

A titre d'exemples, une entreprise souhaite améliorer le développement de son personnel. Elle formule donc en premier lieu un objectif stratégique. Ensuite, elle définit des FCS susceptibles de traduire cet objectif. Il peut s'agir de la mise en place d'une formation du personnel (FCS 1) ou de penser à l'amélioration du personnel qualifié (FCS 2).

Par ailleurs, comme à l'étape précédente, les FCS peuvent être identifiés sur base de la stratégie explicite et implicite. Quel que soit le cas de figures, l'entreprise détermine, pour chaque perspective de la BSC, les FCS associés. Toutefois, dans la stratégie implicite, ils sont exprimés sur base des activités clés. Par conséquent, l'entreprise doit tenir compte des préoccupations de chacune de ses activités clés en les insérant dans les quatre perspectives de la BSC. En termes de résultats, ce sont ceux attendus des différentes activités clés. Au niveau des clients, quelle qualité d'offres et de services la société est en mesure de garantir dans chaque activité. Les processus internes de chaque activité doivent être contrôlés car ils auront un impact sur les deux précédentes perspectives. Finalement, en termes de compétences, quelles sont les infrastructures, les moyens ou encore les projets d'innovation développés dans chaque activité clé.

D'un point de vue pratique, les FCS sont révélés au travers de l'organisation de *workshop*. Qui plus est, l'organisation doit les faire valider par le management et les collaborateurs concernés. Afin d'être acceptés, ils doivent répondre à trois conditions : être alignés aux objectifs stratégiques et activités clés de l'entreprise; garantir l'accomplissement de la mission, la vision et la stratégie de l'entreprise ; être garant du bon fonctionnement journalier de l'entreprise.

Etape 4 : Visualiser les relations de causes à effets entre les FCS sur une carte stratégique

La quatrième étape renvoie à la visualisation des relations causales entre les FCS. Celles-ci sont souvent représentées visuellement au moyen d'une carte stratégique, appelée en anglais « Strategy Map ». Cet outil est une sorte de cadre de référence intégrant et combinant d'une façon cohérente les objectifs stratégiques, traduits par les FCS, avec les quatre perspectives de la BSC (Kaplan et Norton, 2004). Par relations de causes à effets, il faut entendre les relations entre les effets attendus et les efforts pour les obtenir.

De plus, cette technique est un moyen de communication très utile lors de la présentation des chaînes de valeurs aux différentes parties prenantes. C'est un moyen de

contrôle de la réalisation de la stratégie. C'est une façon de vérifier la cohérence entre les objectifs de la carte et les indicateurs du tableau de bord. Un exemple de carte stratégique est illustré par la figure 3 (Guerra, 2007).

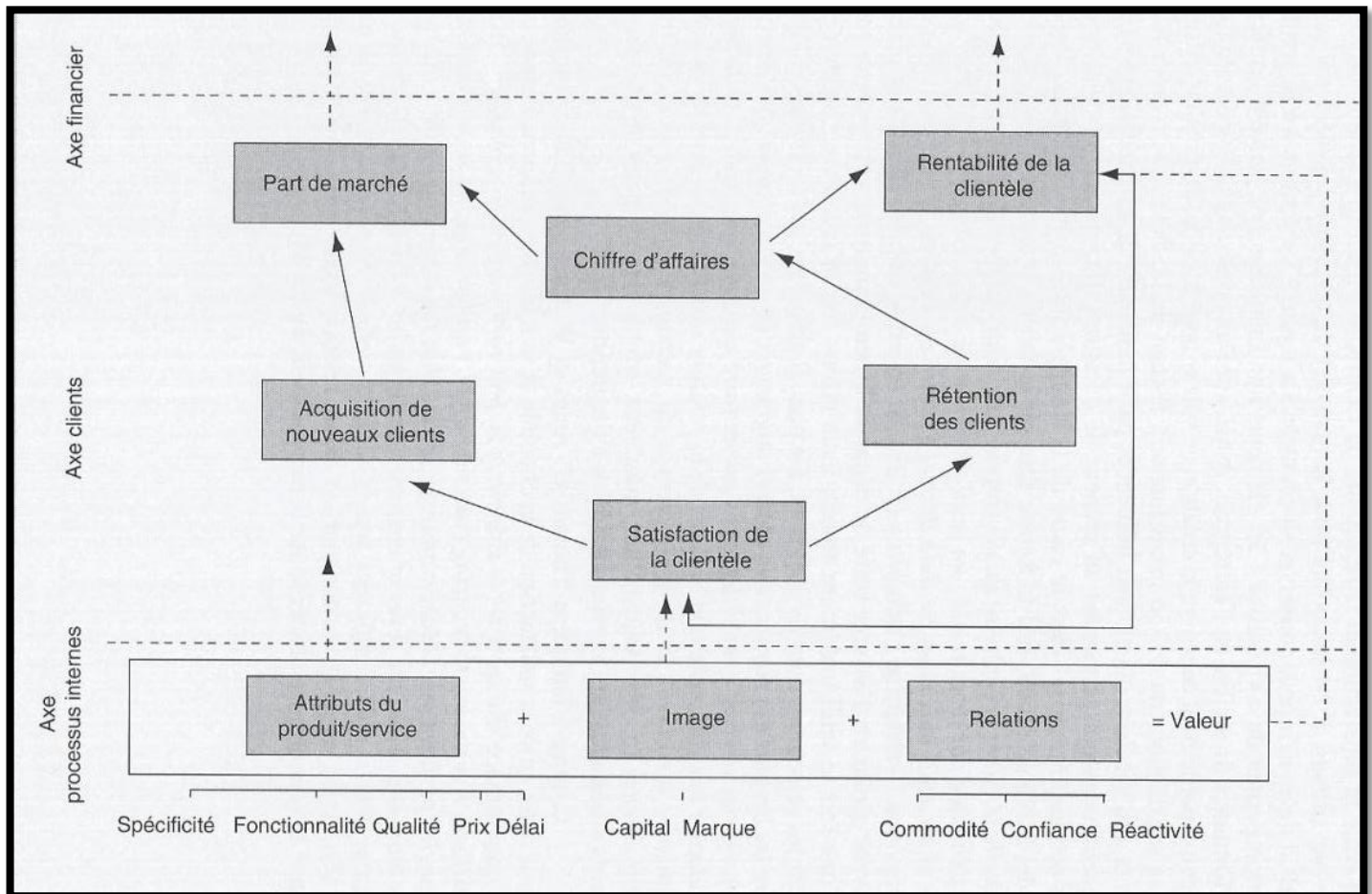


Figure 3 : Exemple de carte stratégique

Source : GUERRA F. (2007), *Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif*, Paris, DeBoeck

D'un point de vue méthodologique, des workshops peuvent de nouveau être organisés afin de définir les relations causales. En outre, lors de ces séances, les collaborateurs consolident la *strategy map* avec les éventuelles autres cartes stratégiques de la BSC mises en place au sein de l'organisation. Néanmoins, la validation se fera via feedback.

Etape 5 : Identifier et décrire les indicateurs de performance clés (KPI) et leurs cibles

Une fois les FCS définis et leurs relations causales établies, l'entreprise identifie et formule les indicateurs clés de performance (KPI). Ces derniers vont traduire les éléments qualitatifs en données quantitatives c'est-à-dire en mesure.

A un FCS peut être associé un à plusieurs KPI. Comme déjà décrit précédemment, les KPI quantifient le progrès enregistré par rapport à l'objectif posé afin d'en évaluer la performance. En d'autres mots, ils mesurent le résultat des FCS. Il s'agit donc d'une donnée quantitative que nous pouvons exprimer par (Guerra, 2007):

- un chiffre absolu/comptage = un nombre avec une référence. Par exemple, 10 minutes d'arrêt pour le poste X.
- un rapport/ratio = entre deux quantités de même unité mais de natures différentes. A titre d'exemples, le nombre de pièces défectueuses par le nombre de pièces fabriquées.
- un pourcentage/taux = comptage rapporté à un ensemble. Par exemple, le pourcentage de clients satisfaits par un produit/un service.
- Un ratio composite = un rapport entre deux quantités d'unités différentes. En guise d'exemples, le chiffre d'affaires par personnes employées.
- une moyenne ou une somme,
- un degré de changement d'une valeur = une tendance.
- une formule complexe = un indice, soit la composition arithmétique de plusieurs indicateurs de nature différentes.
- Notation = une appréciation globale selon une grille.
- ...

Pour chaque KPI, il faut distinguer différentes valeurs normatives : une valeur cible et des valeurs minimales et maximales. Le dépassement de ces dernières entraîne généralement une action corrective. De plus, si l'entreprise rencontre certaines difficultés à fixer ces valeurs, elle peut employer une procédure dite de *benchmarking* (ou étalonnage). Cette méthode consiste à mener une analyse comparative de ses performances afin d'identifier des opportunités d'amélioration ou de se positionner par rapport aux autres entreprises ou par rapport aux performances passées (Guerra, 2007). L'EFQM définit cette procédure de la façon suivante: « *a measured, a « best-in-class » achievement; a reference or measurement*

standard for comparison; this performance level is recognized as the standard of excellence for a specific business process ».

Par ailleurs, il est souvent conseillé de représenter les KPI et leurs valeurs normatives graphiquement pour une meilleure communication (cf. figure 4 ci-dessous). Qui plus est, les FCS et KPI peuvent être résumés au moyen de fiches. Celles-ci sont des descriptions détaillées permettant d'archiver et de documenter ce qui a été mis en place au sein de l'organisation.

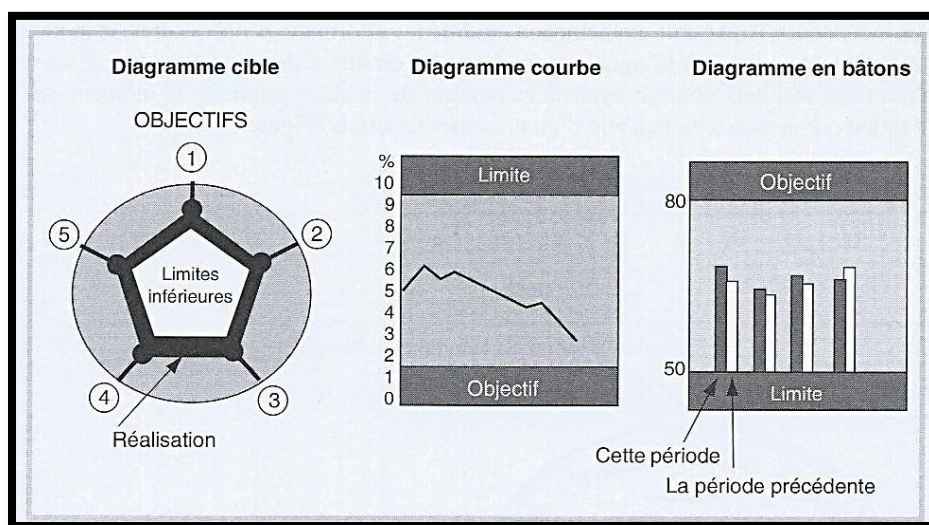


Figure 4 : Exemple de présentations des résultats

Source : GUERRA F. (2007), *Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif*, Paris, DeBoeck

A titre illustratif, prenons l'exemple d'un FCS tel que la satisfaction du personnel. Cette satisfaction est au départ une donnée qualitative qui nécessite d'être mesurée par plusieurs KPI's : le degré de satisfaction, le taux de rotation du personnel...

En outre, dans le cadre de l'élaboration d'un tableau de bord prospectif, six types d'indicateurs de performance existent afin d'évaluer tous les processus et activités clés de l'organisation. Le tableau 2 représente cette typologie spécifique ainsi qu'une brève définition :

Types d'indicateurs	Définition
Les indicateurs de <i>qualité perçue</i>	Résultats des enquêtes et mesures de perception des clients, du personnel, des partenaires...
Les indicateurs de <i>performance</i>	Objectifs de performance et de résultats des processus
Les indicateurs des <i>améliorations</i>	Indicateurs associés aux objectifs des actions d'amélioration des processus
Les indicateurs de <i>capabilité</i>	Résultats des outputs non conformes. Méthode 6 sigma
Les indicateurs de <i>risques</i>	Indicateurs des actions permettant la diminution de la criticité des risques ou défaillances. Méthode AMDED, FMEA
Les indicateurs de <i>conformité</i>	Conformité sur le plan des engagements, des obligations légales et déontologiques, des conventions de qualité, de sécurité, de santé...

Tableau 2 : Six types d'indicateurs de performance

Source : DE SCHEPPER E. (2010), *Formation pratique à la Balanced Scorecard de Kaplan et Norton*, bbest

Enfin, sur le terrain, cette étape s'organise elle-même autour de quatre sous-étapes. Premièrement, des brainstormings peuvent être initiés afin de faire émerger des indicateurs de performance critiques, pertinents et judicieux pour les différents FCS. Deuxièmement, un screening des indicateurs potentiels peut être mis en place. Ainsi, sur base des critères de sélection définis précédemment, les participants filtrent les indicateurs pertinents. Troisièmement, il est bon de rédiger une fiche de description de chaque FCS et des KPI's sélectionnés. Quatrièmement, ces derniers doivent être validés, aussi bien sur le plan de leur sélection que de leur description par le management ainsi que par le personnel impliqué. En effet, il est primordial qu'ils soient adaptés aux besoins de l'utilisation, d'où la nécessité d'acceptation par ce dernier. Comme le mentionne Guerra (2007), un indicateur associé à la productivité peut parfois être difficilement accepté par les membres du personnel. Pourtant, il peut s'agir d'un bon outil de gestion dans la mesure où il est compris et utilisé judicieusement.

Dialoguer autour du choix des indicateurs est donc primordial dans le but d'éviter des rejets précoces ou des boycotts de la part de certains utilisateurs.

Etape 6 : Déterminer les initiatives stratégiques (actions prioritaires) afin de réaliser les objectifs stratégiques

Lors de cette avant dernière étape, il est nécessaire de compléter et d'achever le tableau de bord par la mise en œuvre d'actions et d'initiatives d'amélioration. L'entreprise doit alors définir des projets, des budgets, des ressources humaines ou encore planifier des délais. En effet, les processus clés et les projets de l'entreprise doivent être alignés sur les objectifs stratégiques de la BSC.

Par exemple, une société désire améliorer sa croissance. Elle formule un FCS au niveau de la perspective « Résultats ». Ce FCS est traduit par un KPI du type « Augmentation du CA avec une valeur cible définie à 12% ». Une des actions à entreprendre afin d'améliorer les résultats peut être la réalisation de campagnes promotionnelles.

Etape 7 : Planifier l'implémentation

Enfin, le développement de la BSC se termine par la planification d'une démarche d'implémentation. La BSC doit être traduite sous forme d'une application IT. Durant cette phase, la BSC est également alignée avec les BSC des autres niveaux de l'organisation. De plus, un pilotage test doit être mis en œuvre avec la présence d'un feedback mensuel. La BSC sera évaluée et intégrée dans le cycle de planification stratégique annuelle de l'entreprise. Enfin, une synergie peut être pensée avec les autres modèles ou pratiques de management comme le modèle EFQM. Le modèle EFQM sera brièvement présenté dans la prochaine sous-section.

3.2.2.3. Remarques

Il est à noter que la BSC ne donne qu'une image de la performance globale d'une entité (pas des collaborateurs individuels). Elle ne contient que des objectifs que l'entreprise maîtrise. La BSC nécessite l'implication du management et des différents collaborateurs. Le dialogue, autour de celle-ci, est basé sur le consensus. Il permet le focus sur le suivi, l'évaluation, la décision et l'ajustement des processus et des objectifs clés.

En résumé, un bon tableau de bord prospectif doit être employé comme un outil de management polyvalent, notamment comme :

- Un outil d'implémentation de la stratégie,
- Un système de mesure de la performance,
- Un outil de communication,
- Un modèle de gestion
- Un agenda stratégique commun.

Comme mentionné précédemment, une fois la BSC implémentée, elle peut entrer dans une logique de synergie avec d'autres modèles de management dont l'EFQM. Dans le prochain point, nous introduirons brièvement ce modèle. Une comparaison générale sera établie avec la BSC : quelles sont les différences et similitudes fondamentales, sont-ils en concurrence ou en symbiose ?

3.3. Le modèle d'excellence EFQM⁸

Développé en 1988 par quatorze chefs d'entreprise européens, l'EFQM est avant tout une fondation à but non lucratif, rassemblant des organisations qui s'efforcent d'atteindre une Excellence Durable. L'EFQM est le dépositaire du Modèle d'Excellence de l'EFQM, basé sur la gestion par la qualité totale – Total Quality Management. Ce modèle repose sur les principaux objectifs suivants : l'amélioration continue de la performance par l'encouragement des « *Best Practices* » et l'identification des points forts et à améliorer des processus d'une organisation, soit un objectif de Benchmarking. Le modèle EFQM est représenté comme suit :

⁸ Cette sous-section s'inspire du rapport 2010 de Bbest

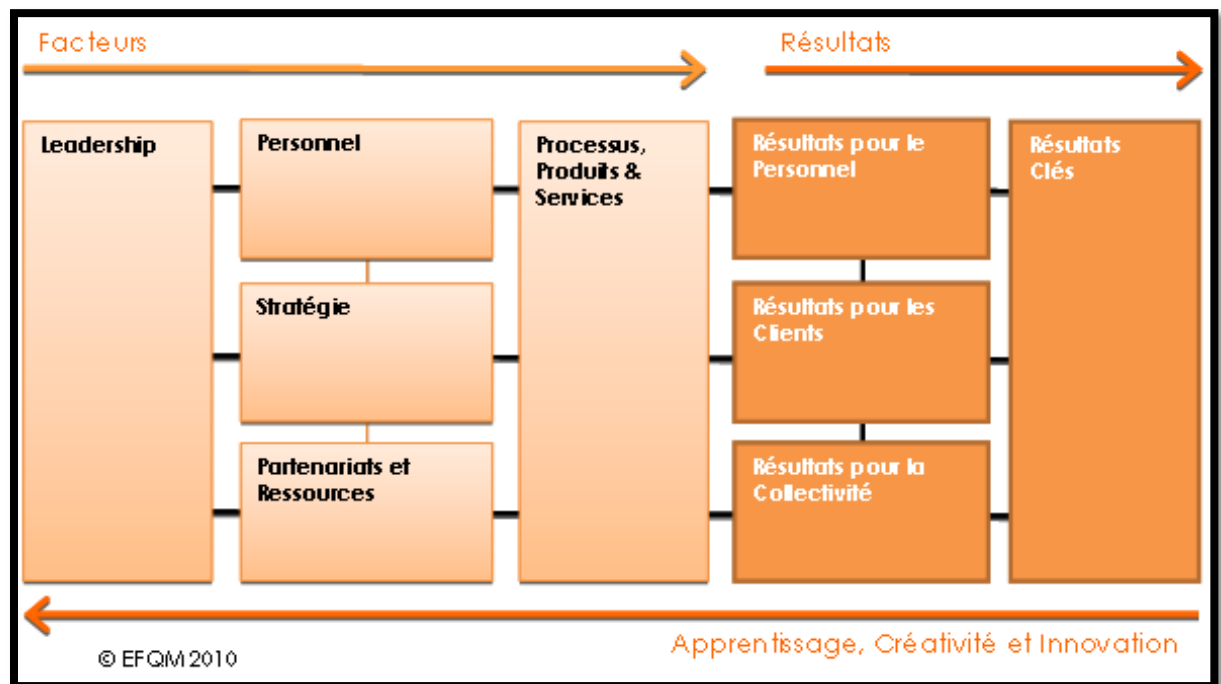


Figure 5 : Le Modèle d'Excellence de l'EFQM

Source : B>Best (2010), *Le modèle d'excellence de l'EFQM*, EFQM Publications

Comme le montre la figure 5, il se fonde sur neuf critères : cinq d'entre eux représentent des « Facteurs » contributifs ; les quatre autres sont des « Résultats ». Les facteurs couvrent l'ensemble des domaines d'une entreprise et les moyens qu'elle se donne afin de les accomplir à savoir : le leadership, le personnel, la stratégie, les partenariats et les ressources, les processus, les produits et les services. Les résultats sont le fruit des accomplissements d'une organisation pour le personnel, le client, la collectivité. Ils découlent des facteurs eux-mêmes améliorés par le retour d'informations des résultats. Autrement dit, il s'agit d'un modèle dynamique où l'apprentissage, la créativité et l'innovation permettent d'améliorer les facteurs qui, à leur tour, conduisent à des résultats meilleurs.

La BSC et l'EFQM sont des modèles de management visant à traduire la vision de l'entreprise en action tout en orientant les processus et les prestations. Ils attachent de l'importance aux attentes des parties prenantes. Toutefois, la BSC est davantage orientée stratégie et *shareholder* alors que l'EFQM se focalise sur les processus et les *stakeholders*. La BSC définit une « Strategy scorecard » : ce que l'on veut atteindre et comment. A l'inverse, l'EFQM préconise une « Stakeholder scorecard » : ce que l'on atteindra auprès des parties prenantes. Si ces deux méthodes ont des similitudes et différences, elles sont néanmoins en

synergie. En d'autres termes, la BSC a besoin des principes de l'EFQM et inversement. La BSC permet de définir la vision, la mission et les stratégies, nécessaires au développement de l'approche des facteurs de l'EFQM. De plus, elle spécifie les domaines d'attention importants pour l'EFQM. L'EFQM, quant à lui, fournit des informations sur les actions d'amélioration qui alimentent les discussions stratégiques et fixent les objectifs prioritaires de la BSC.

Chapitre 3 : La performance hospitalière

Après avoir défini de manière générale la notion de performance, nous proposons de présenter dans ce dernier chapitre la performance liée au secteur hospitalier. Pour ce faire, les trois exigences de la performance hospitalière seront mises en évidence. Nous donnerons également une définition globale de ce concept avant de conclure par les différents modèles existants de pilotage.

1. Contexte actuel

De nos jours, gérer la production des soins et maîtriser les différents flux hospitaliers sont devenus un enjeu majeur pour les différents établissements de santé (Marcon et al, 2008). En effet, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, ces derniers doivent constamment optimiser la qualité des soins dispensés aux patients tout en maîtrisant les dépenses de santé, de gestion des risques et de la qualité. La performance hospitalière est donc une préoccupation centrale dans la gestion optimale de tous les hôpitaux, confrontés à des restrictions budgétaires, à des ressources médicales de plus en plus rares et à une augmentation de la demande de soins. Les établissements hospitaliers doivent faire face à une mutation profonde de leurs infrastructures et de leurs organisations. Pour ce faire, Marcon et al (2008) préconise la conception d'un système « performant » de prise en charge globale des patients. Toutefois, la performance ne doit pas se limiter à l'expression de la productivité. En effet, un système de production de soins doit répondre aux trois exigences de la performance qui sont :

- La **pertinence** des moyens mis en œuvre par rapport aux objectifs. Cette exigence est indispensable si l'on veut concevoir un système de production pertinent. Autrement dit, l'utilisateur doit définir initialement les bonnes technologies, les bons équipements et les bonnes pratiques à mettre en place afin d'éviter toutes acquisitions et tout financement inutiles.
- **L'efficience** est l'articulation entre les moyens et les résultats. Cela revient à se poser la question suivante : « *est-ce que les résultats sont suffisants compte tenu des moyens mis en œuvre ?* ». Il s'agit donc de la performance en termes d'efficience lors de la phase d'exploitation du système de production. Si cette mesure est insatisfaisante, des décisions devront être prises sur le plan du pilotage (amélioration continue, maintenance du

système), du management (amélioration de la gestion du personnel) ou de la gestion des activités (planification, ordonnancement).

- **L'efficacité** des objectifs par rapport aux résultats. Cette exigence permet de répondre à la question suivante : « *à quel point l'objectif fixé est-il atteint ?* ». L'efficacité est généralement mesurée par des indicateurs de qualité. Toutefois, si celle-ci s'avère peu satisfaisante, des actions doivent être menées au niveau de l'organisation interne du système.

Les établissements hospitaliers devront donc prendre en compte ces trois dimensions de la performance dans leur gestion. De plus, ils devront s'interroger sur le système de production à privilégier et sur la façon de le gérer et le piloter. C'est ce dont nous allons discuter dans la section suivante.

2. La notion de performance hospitalière

De manière générale, la performance est souvent considérée comme étant multidimensionnelle, contingente et paradoxale. Adaptées au milieu de la santé, ces trois dimensions sont illustrées par le constat suivant : le défi actuel des directions hospitalières est de garantir l'équilibre financier de leurs établissements sans compromettre la santé de leurs patients. Autrement dit, cela se traduit par une gestion en termes de : diminution du turnover du personnel, d'optimisation d'occupation des lits, d'augmentation du taux de rotation des lits, de respect des normes concernant le personnel soignant, de garantie quant à la formation du personnel, de sécurité du parcours de soins des patients et de garantie de la meilleure qualité des soins (Marcon et al, 2008). La notion de performance hospitalière prend donc tout son sens d'où la nécessité de la définir.

2.1. Définitions

Difficile à cerner, la performance hospitalière est un concept qui a de nombreuses définitions. Marcon et al (2008) en retiennent trois complémentaires dont celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui résume les différents éléments abordés dans les autres définitions. Selon cet organisme, la performance hospitalière est définie comme suit :

« Performance is the achievement of desired goals. High hospital performance should be based on professional competences in application of present knowledge, available

technologies and resources; efficiency in the use of resources; minimal risk to the patient; satisfaction of the patient, health outcomes. Within the health care environment, high hospital performance should further address the responsiveness to community needs and demands, the integration of services in the overall delivery system, and commitment to health promotion. High hospital performance should be assessed in relation to the availability of hospitals' services to all patients irrespective of physical, cultural, social, demographic and economic barriers ».

Bref, la performance et l'efficacité hospitalière se résume par l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation tout en identifiant judicieusement les patients et leurs besoins.

Par ailleurs, l'OMS propose six dimensions-clés à la notion de performance hospitalière : l'efficacité clinique, l'efficacité, la responsabilité envers les ressources humaines, les responsabilités envers la population locale, la sécurité et l'approche centrée sur le patient. Ces six dimensions sont résumées dans le tableau 3.

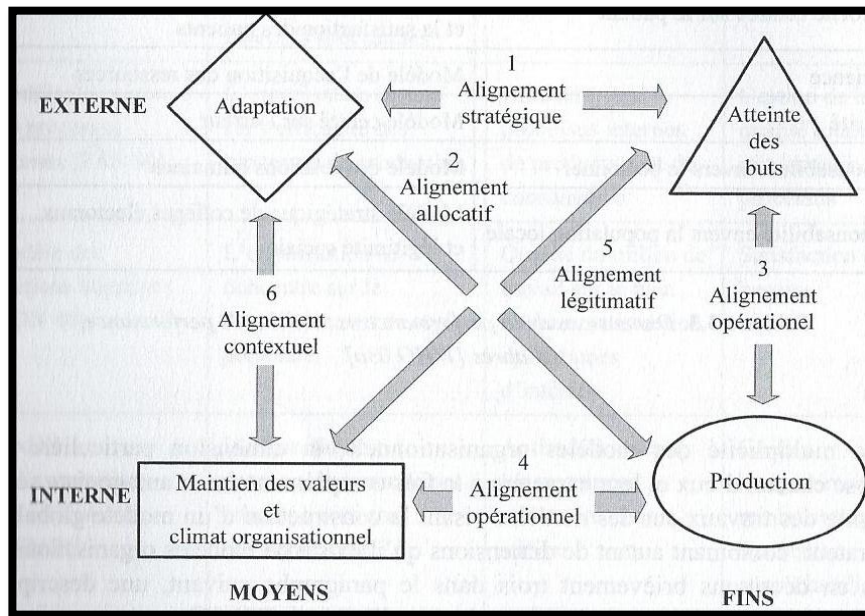
Dimension	Incluant
Efficacité clinique	Qualité technique, organisation et pratiques basées sur la preuve, gain en santé, résultat (individuel et global)
Approche centrée sur le patient	Réactivité envers les patients : orientation du patient (rapidité de prise en charge, accès aux moyens d'aide sociale, qualité de l'accueil), satisfaction du patient
Efficience	Ressources, financière (systèmes financiers, continuité, gaspillage de ressources), taux d'encadrement, expérience (dignité, confidentialité, autonomie, communication)
Sécurité	Patients et soignants, environnement, structure, utilisation des technologies nécessaires à l'efficacité clinique
Responsabilité envers le personnel	Santé, bien être, satisfaction, développement (taux de renouvellement, emploi, absentéisme)
Responsabilité envers la population locale	Orientation vers la communauté (réponse aux besoins et demandes), accessibilité, continuité des soins, promotion de la santé, équité, capacité d'adaptation à l'évolution de la demande de la population

Tableau 3 : Dimensions-clés de la performance hospitalière selon OMS
Source : MARCON E.; GUINET A. et TAHON C. (2008), *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Paris, Lavoisier

2.2. Les modèles de la performance hospitalière

En fonction de la nature de la performance, la littérature propose de nombreux modèles. Toutefois, ils ne sont pas tous adaptés à la performance hospitalière. Certains sont complémentaires, d'autres antagonistes. C'est pourquoi des modèles globaux, reprenant autant de dimensions qu'il existe de modèles organisationnels, ont vu le jour. Trois modèles intégrateurs sont particulièrement intéressants dans le cadre de la mise en place d'une performance hospitalière. Il s'agit du modèle de Sicotte, du modèle de la Balanced Scorecard (largement présentée dans le deuxième chapitre de cette première partie) et du modèle de Donabedian. Le tableau 4 présente brièvement le modèle de Sicotte et Donabedian (Marcon et al, 2008).

Le modèle de Sicotte :



Ce modèle puise son inspiration dans la théorie de l'action sociale de Parsons. Celui-ci détermine quatre fonctions essentielles à la survie de toute organisation :

1. une orientation vers des buts
2. une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter
3. une intégration de ses processus internes pour produire
4. un maintien de valeurs et normes

Par ailleurs, il existe une dynamique entre ces quatre fonctions, représentée par un ensemble d'alignements : stratégique ; allocatif ; opérationnels ; légitimatif ; et contextuel.

Le modèle de Donabedian :

Ce modèle est orienté sur la performance globale d'une organisation de soins. Donabedian a mis en exergue deux composantes de la qualité des soins : la qualité *technique* (c.à.d. la mise en application de la science médicale et technologique en vue d'augmenter les bénéfices en évitant les risques) et la qualité *interpersonnelle* (c.à.d. les valeurs et les normes socialement définies et propres à chaque individu). De son étude, il ressort un classement des critères de qualité et de la performance globale de l'hôpital suivant trois axes: la structure, les processus et les résultats.

Tableau 4 : Les modèles intégrateurs de la performance

Source : MARCON E.; GUINET A. et TAHON C. (2008), *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Paris, Lavoisier

Enfin, il existe encore très peu de modèles spécifiques de la performance hospitalière. Ceux qui ont été développés s'inspirent des modèles intégrateurs précédents. A ce titre, nous pouvons citer le modèle DRESS et le modèle PATH. Ce dernier a été construit en s'appuyant sur les six dimensions de la performance décrites par l'OMS.

Au terme de cette revue de la littérature, nous avons constaté l'importance actuelle pour les établissements de santé de piloter un système de performance, au même titre que les grandes entreprises. Divers facteurs ont été mis en exergue afin de justifier la nécessité du pilotage de la performance hospitalière, à savoir : les changements des méthodes de management induits par les réformes ; la recherche d'une amélioration continue de la qualité ; la demande croissante du public à des informations relatives à la qualité des soins. Face à ces changements, nous avons mis en évidence l'obligation pour les acteurs du secteur hospitalier d'emprunter des modèles de gestion propres au milieu industriel, en expliquant en détail le modèle de la Balanced Scorecard. C'est ce dernier qui a été privilégié par l'INDC Entité-Jolimontoise en vue du pilotage et de la mesure de sa performance. En tant que stagiaire-mémorant, j'ai participé à l'élaboration de cette Balanced Scorecard en prospectant et en proposant les indicateurs de performance stratégiques à mettre en place au sein de l'institution. C'est ce que nous allons découvrir dans la deuxième partie de ce mémoire.

Partie 2 : Le projet INDC : Prospection et sélection des KPI stratégiques

Dans cette deuxième partie, je présenterai tout d'abord l'organisme d'accueil au sein duquel j'ai réalisé mon mémoire-projet, à savoir l'INDC Entité Jolimontoise. Plus précisément, il sera question de mettre en évidence la structure de l'INDC, sa vision, sa mission et ses valeurs ainsi que ses objectifs stratégiques, ses initiatives et ses KPI. Ensuite, j'expliciterai la méthodologie employée pour la prospection et la sélection des indicateurs clés de performance servant à mesurer les objectifs stratégiques de l'organisation ; notamment par la mise en place d'interviews auprès de chefs de projet et de sponsors. Enfin, j'exposerai les différents résultats de ces enquêtes.

Chapitre 1 : Présentation de l'INDC Entité Jolimontoise

1. La structure de l'INDC

Actif dans le domaine des soins de santé, de l'accueil de la personne âgée et de l'enfant, l'INDC Entité Jolimontoise est un réseau hospitalier composé de quatre hôpitaux qui forment deux groupements: Jolimont⁹- Lobbes et Tubize-Nivelles. A côté de ceux-ci, l'INDC intègre également divers organismes, à savoir :

- six maisons de repos¹⁰ et de soins (appelés MRS) dont une résidence-services ;
- une dizaine de polycliniques¹¹ et un service de revalidation ;
- un centre de santé et de guidance, présent à Jolimont, Chimay et Lobbes ;
- un centre de médecine scolaire ;
- un centre du bien-être pour le suivi des futures mamans et les consultations des nourrissons (en collaboration avec l'ONE) ;
- trois crèches pour les 0-3 ans : Le Bosquet (Haine-Saint-Paul), Les Petites Canailles (Lobbes), Les Jeunes Pousses (Nivelles) ;
- une garde d'enfants malades et deux accueils extra-scolaires ;

⁹ En annexe 1, vous trouverez en détail les unités de soins ainsi que les pathologies prises en charge par l'hôpital de Jolimont.

¹⁰ Plus précisément, il s'agit des maisons de repos : Les Chartriers (Mons); Comme Chez Soi (Écaussines); Les Buissonnets (Saint-Vaast) ; Notre-Dame de la Fontaine (Chièvres) ; La Seigneurie de Longtain (La Louvière) ; La Visitation (Lobbes).

¹¹ Une polyclinique au sein de chaque site hospitalier soit au total 4 ; deux situées à La Louvière, une à Genappe, une à Braine L'Alleud, une à Binche, une à Braine Le Château, une à Chimay

- un centre de recherche médicale ;
- un centre de formation continue ;
- et une pharmacie.

De par ses divers sites hospitaliers, l'INDC compte 942 lits. Concernant les maisons de repos et de soins, 594 lits sont répartis sur les six sites cités précédemment. De plus, ce sont près de 3500 personnes et 500 médecins qui travaillent activement au sein de ces différentes institutions. Ces dernières ont développé leurs propres spécificités et offrent un large choix de services et de prises en charge sur le plan hospitalier¹².

Je propose de présenter la mission, la vision, les valeurs ainsi que les objectifs stratégiques de l'INDC de façon à représenter le schéma de la Balanced Scorecard tel qu'il a été défini dans cette revue de la littérature.

2. Mission, Vision et Valeurs

La mission de l'INDC consiste à garantir, à la population de la région et de son bassin de proximité, une qualité en termes de soins par le biais notamment : du personnel qualifié, d'une recherche constante de la performance médicale et de technologies de pointe. Cette institution se veut un acteur majeur de l'accompagnement de la personne dans le parcours de sa vie. Cet accompagnement débute dès la naissance avec les centres de santé. Il continue par une résolution des problèmes de santé au travers des quatre sites hospitaliers. Il se termine par la prise en charge des personnes âgées via un réseau de maison de repos et de soins. L'INDC a donc, avant tout, une mission à vocation sociale.

Inspirée de sa mission, la vision de l'INDC est orientée sur 2015. Tout d'abord, elle veut devenir *l'institution de confiance* et le *leader* au sein de son bassin d'influence en s'organisant autour d'un réseau de soins coordonné. Elle veut assurer des *résultats financiers* permettant de développer l'institution de façon durable et influente. Ensuite, son *orientation-patient* lui permettra de se différencier et d'être reconnue parmi la population. De plus, grâce à des alliances avec d'autres hôpitaux, l'INDC proposera un vaste choix d'activités à la population tout en innovant. Elle développera également une *coopération* avec les médecins référents afin d'assurer la meilleure prise en charge du patient. Cela lui permettra de se distinguer par une prise en charge appropriée aux besoins des segments de patients. Dans la pratique, cela se traduira par la mise en place d'unités de soins « pré-revalidation et d'unités

¹² A titre informatif, un organigramme de l'INDC est disponible en annexe 2

de courts séjours. Enfin, l'INDC veut être reconnue pour son *modèle de management* qui intègre de façon optimale quatre sites hospitaliers. Il est à noter que cette vision correspond aux cinq premiers objectifs stratégiques de l'institution (voir tableau 5 ci-dessous).

Finalement, l'INDC prône six valeurs qui sont : la personne (1), la protection de la vie (2), l'ouverture (3), l'indépendance (4) la citoyenneté (5) et la rigueur (6). L'humain, qu'il soit visiteur, patient, personnel ou médecin, est donc au centre de ses préoccupations. Décrivons brièvement chaque pôle de valeurs.

- (1) Le premier pôle de valeur renvoie au respect de la personne, au service (par l'institution et par chacun), à la gratuité (de la part de l'institution et de chacun), à la compassion et à la fraternité (former une équipe, une communauté entre tous les intervenants).
- (2) Le deuxième pôle de valeur est relatif à la vie. Dès lors, depuis la conception jusqu'à la mort, elle se doit d'être protégée.
- (3) Le troisième pôle de valeur met en relief l'ouverture à la beauté et à la nouveauté. L'avenir n'est pas à craindre. Au contraire, il faut l'inventer, l'innover, le créer.
- (4) Le quatrième pôle de valeur touche à l'indépendance de l'institution. Elle ne veut exclure personne et reste fidèle à l'esprit des fondatrices de l'institution.
- (5) Le cinquième pôle de valeur préconise la citoyenneté. Celle-ci se manifeste par un traitement égal de tous et ce dans l'ancrage de la proximité.
- (6) Enfin, le dernier pôle de valeur nous parle de rigueur. Cette dernière est scientifique pour des raisons d'efficacité et de respect du malade. Elle doit être ancrée dans l'organisation du travail et dans les moyens.

3. Les 27 objectifs stratégiques de l'INDC

Comme mentionné dans la revue de la littérature, la Balanced Scorecard requiert de définir les objectifs stratégiques de l'institution de façon à déterminer les plans d'actions futurs à mettre en œuvre. Lors de mon arrivée dans l'institution, 27 objectifs stratégiques avaient déjà été établis. Le tableau 5 ci-dessous reprend la liste de ces objectifs. Évidemment, ils ont été répartis entre les différentes sections qui composent la carte stratégique à savoir les résultats, les clients, les processus internes et les apprentissages/futurs. De plus, à chacun de

ceux-ci sont associés des facteurs clés de succès¹³. Ces derniers seront présentés dans le prochain point.

Toutefois, les objectifs stratégiques liés aux sections de Résultats et de Clients n'ont pas d'initiatives propres. En effet, ils devraient se réaliser grâce à la concrétisation des objectifs stratégiques repris dans les sections « Processus internes » et « Apprentissage et futur ». En outre, les objectifs de ces deux dernières perspectives ont été regroupés en huit grandes stratégies comme le montre le tableau 5. En annexe 3, le lecteur trouvera la carte stratégique élaborée et utilisée par l'INDC.

Notons que j'ai volontairement écarté la stratégie B – *Innover dans l'offre et les services des MR/MRS* – de mon champ d'analyse. En effet, les maisons de repos et de soins ont fait l'objet d'une analyse particulière. Une Balanced Scorecard leur a été dédiée avec 21 objectifs stratégiques¹⁴.

¹³ Les facteurs clés de succès représentent au sein de l'INDC des initiatives

¹⁴ La carte stratégique des MRS est présentée en annexe 4.

Résultats		1. Être l'institution de confiance, leader dans la région d'influence, qui accompagne la population dans toutes les étapes de la vie
		2. Assurer des résultats financiers afin de développer l'institution de façon durable et efficiente
Clients		3. Offrir une prise en charge complète, sécurisée, de qualité, et adaptée aux besoins de la patientèle
		4. Développer la coopération et la prise en charge conjointe avec les médecins référents
		5. Assurer l'efficacité des prestations autour d'un réseau de soins coordonné et développer les innovations
Processus Internes	<i>A. Développer une offre de soins adaptée aux besoins de patients et une orientation reconnue</i>	6. Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients
		7. Améliorer la qualité et la sécurité des patients
		8. Améliorer l'accueil et l'information des patients et proches
	<i>B. Innover dans l'offre et les services des MR/MRS</i>	9. Proposer des services aux personnes non résidentes
		10. Développer des modes de prises en charges ambulatoires
		11. Améliorer les liens avec les sites hospitaliers du groupe

	<i>C. Développer un projet médical renforçant le positionnement des sites</i>	12. Aligner les stratégies des services avec la stratégie institutionnelle
		13. Renforcer le management médical
		14. Favoriser l'implantation des avancées médicales et technologiques
		15. Favoriser les collaborations
	<i>D. Garantir les meilleurs coûts unitaires</i>	16. Améliorer la gestion des opérations
		17. Transformer les plateaux techniques en business unit
		18. Développer les synergies des services généraux et supports
	<i>E. Asseoir la présence territoriale</i>	19. Améliorer les relations avec les médecins référents
		20. Améliorer le positionnement des polycliniques sur le territoire
Apprentissage et Futur	<i>F. Mettre en place les conditions d'un management efficace</i>	21. Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques
		22. Développer les TIC
		23. Assurer un pilotage de l'institution proactif
		24. Potentialiser l'ensemble des collaborateurs
	<i>G. Définir un plan d'infrastructures</i>	25. Aligner les investissements avec le plan stratégique
		26. Améliorer le volet hôtelier des sites
	<i>H. Développer la valorisation externe de l'institution</i>	27. Promouvoir la valeur ajoutée de l'institution

Tableau 5 : Les 27 objectifs stratégiques de l'INDC

4. Les initiatives de l'INDC

A chaque objectif stratégique correspond une à plusieurs initiatives. Ces dernières représentent les facteurs critiques de succès décrit par la Balanced Scorecard. Pour rappel, il s'agit des actions à entreprendre afin de concrétiser l'atteinte des objectifs stratégiques de l'organisation. Ces initiatives ont donc la forme d'un projet avec une date de début et de fin. La carte stratégique de l'INDC en dénombre 67. La liste reprenant l'ensemble des initiatives de l'INDC, est disponible en annexe 5. En outre, elles feront l'objet d'une analyse dans le troisième chapitre de cette seconde partie.

Pour des raisons logistiques, de disponibilité du personnel et de priorité, seulement une partie des initiatives avaient déjà débutées lors de la période de mon stage (37% des initiatives programmées¹⁵). Pour chacune d'elle, une équipe de projet a été constituée avec à sa tête : un chef de projet et un sponsor chargé de chapeauter l'ensemble. Les sponsors sont en quelque sorte « des parrains » issus du comité de pilotage. Ils ont une vision stratégique plus macroscopique de l'organisation.

5. Les KPI de l'INDC

Une fois les objectifs stratégiques et les initiatives définies, des KPI sont à mettre en place au sein de l'organisation. Pour ce faire, l'INDC a fait appel à une société de consultance : Antares. Cette dernière a proposé des pistes de KPIs pour chaque objectif stratégique.

Afin de constituer mon cadre d'analyse, je me suis basé sur cette proposition. De plus, en exploitant les informations disponibles¹⁶ au sein de l'institution et en m'inspirant des bases de données KPI issues de la littérature scientifique, j'ai pu agrémenter la liste de KPI préalablement établie. Cette nouvelle liste sera présentée et analysée par objectif stratégique dans le chapitre 3 de cette partie. Toutefois, un tableau récapitulatif de l'ensemble des KPI est disponible en annexe 6, à titre informatif.

Afin de tester la pertinence de cette liste de KPI, j'ai privilégié une méthodologie consistant à interviewer les sponsors et les chefs des projets, uniquement pour les initiatives ayant déjà débutées. C'est ce que nous allons découvrir dans ce deuxième chapitre.

¹⁵ Cela représente 25 initiatives sur les 67 programmées.

¹⁶ Pour les initiatives ayant débuté

Chapitre 2 : Méthodologie

1. Contexte général

Afin de tester la pertinence de cette liste de KPI, j'ai opté pour une méthodologie consistant à interviewer les sponsors et les chefs des projets, uniquement pour les initiatives ayant déjà débutées. Précisément, j'ai opté pour des entretiens individuels de type semi-directif.

Dans le but de mener à bien ces entretiens, j'ai tout d'abord recensé l'ensemble des personnes à interroger. Celles-ci étaient au nombre de 23. Toutefois, dans le but d'être le plus efficient possible dans ma prise de rendez-vous, j'ai trié les personnes en fonction du nombre d'initiatives dans lesquelles elles interviennent : soit en tant que chef de projet, soit en tant que sponsor. Ensuite, je les ai contactées par e-mail. Le tableau 6 récapitule cet ordonnancement.

Nom	Chef de projets			Sponsor							Nombre de responsabilités
Graux	13.1			12.1	12.2	19.1a	19.1b	19.2a	19.2b	23.1	8
Kaivers	15.2	21.3	25.1	13.1	20.1	27.1					6
Beauduin-Ravoet	19.1b	19.2b		6.3	7.8	22.3					5
Bartholomée	12.2	19.1a	19.2a	6.1	13.2						5
Bouchez	26.1			6.2	8.1						3
Guilmot	7.7	21.1	24.2								3
Valfer				10.1	10.2	21.1					3
Lobué	19.1a	19.2a									2
Parfonry	20.1			7.7							2
Rary	13.2	23.1									2
Todeschini				24.2	26.1						2
Vandenberge	7.8			17.1							2
Antares	12.1										1
Aunac	17.1										1
Contor	22.3										1
Deneufbourg	27.1										1
Dereeper	17.1										1
Dutrieux	8.1										1
Hamache	24.2										1
Loix (Dr)	6.3										1
Loupe	7.7										1
Rombeaux	6.2										1
Vanbelle	6.1										1

Tableau 6 : Liste des personnes responsables d'une ou plusieurs initiatives

Parmi ces 23 personnes, j'en ai rencontré 12. Il s'agit des noms surlignés en jaune dans le tableau 6 ci-dessus. Qui plus est, le docteur Beauduin, ayant pris sa retraite durant mon stage, c'est le docteur Ravoet qui a repris ses fonctions. J'ai eu l'occasion d'interviewer ce dernier à deux reprises. En effet, le nombre de responsabilités à traiter étant plus important, il était préférable de scinder l'entretien en deux parties afin de ne pas fatiguer l'intervenant et conserver une analyse qualitative.

Par ailleurs, l'initiative 17.1 ayant subi plusieurs mutations depuis son lancement, les attributions des rôles sont floues. Lors de mon entretien avec Pierre Van Den Berge, celui-ci ne se considérait plus sponsor de l'initiative et a donc refusé de répondre aux questions y référents. Il en était de même pour Dereeper quant à son rôle de co-chef de projet. Il a donc décliné mon invitation. Toutefois, Aunac qui codirigeait également l'initiative a accepté de participer à l'entretien. Il semblerait que le projet soit repris par une société de consultance : Antares. Dès lors, Monsieur Graux en deviendrait le chef de projet et Monsieur Van Den Berge en resterait le sponsor. Par conséquent, des divergences quant aux rôles et responsabilités de chacun subsistent dans cette initiative.

Concernant les 11 personnes restantes, j'ai exclu l'entretien avec Aimé Rary (directeur financier). Effectivement, le côtoyant dans le cadre de ma participation à l'initiative 23.1, il n'était pas nécessaire de le rencontrer. De même, la société de consultance, Antares, n'a pas été contactée. Les autres personnes n'ont pas pu être interviewées par manque de disponibilités de leur part, de refus ou d'absence de réponse à la sollicitation envoyée par e-mail.

2. Déroulement de l'entretien

La progression de ces entretiens semi-directifs¹⁷ d'environ une heure s'est déroulée comme suit : une brève présentation suivie de questions générales sur les initiatives (objectifs, éléments mesurables...) pour finir avec la proposition de KPI relatifs aux objectifs stratégiques. Le cheminement de ces entretiens se voulait donc en entonnoir, c'est-à-dire, des généralités vers les éléments mesurables.

Plus précisément, j'ai tout d'abord présenté mon rôle de stagiaire dans l'organisation et l'insertion de mon mémoire-projet dans la stratégie « Regards 2015 » de l'INDC. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, j'ai proposé d'enregistrer celui-ci sur un support

¹⁷ Les guides d'entretiens adressés aux chefs de projet(s) et aux sponsors sont documentés en annexe 7.

audio en précisant la teneur confidentielle de l'entretien. Sur l'ensemble des personnes interviewées, seules deux personnes¹⁸ ont refusé cette proposition.

Après cette introduction, le premier thème abordé concernait les initiatives. Il a été demandé aux personnes rencontrées d'expliquer : en quoi consistent les initiatives dont elles sont responsables et à qui elles sont destinées. Je leur ai ensuite demandé de m'expliquer dans quelle mesure elles contribuent à atteindre l'objectif stratégique qu'elles sous-tendent. Et concrètement, les répondants devaient en formuler des éléments mesurables. Une fois ces éléments recueillis, je leur demandais de les préciser sur base de deux critères : la disponibilité des informations nécessaires à leur élaboration et l'efficacité de cette collecte.

Finalement, le second thème portait sur les KPI des différents objectifs stratégiques. Je présentais à mon interlocuteur les KPI issus des recherches préalables, qui n'auraient pas été cités spontanément. Pour chacun d'eux, je questionnais les répondants sur leur pertinence. Si celle-ci s'avérait, je mettais en place le même processus d'interrogation que préalablement, à savoir : la disponibilité de l'information nécessaire à la constitution du KPI et son efficacité. Par ailleurs, à la fin de l'interview, j'ai précisé à chaque intervenant que la retranscription de l'entretien leur parviendrait afin qu'il puisse y apporter les éventuels ajustements. En outre, afin d'analyser les dires des répondants, j'ai retranscrit dans leur intégralité les entretiens réalisés. Ces retranscriptions sont disponibles en annexe 8.

Il est à noter que la majeure partie de mon stage s'est déroulée dans l'entité Jolimontoise qui détient l'hôpital le plus grand du groupement et où le département administratif est situé. Toutefois, afin d'interviewer les différents partenaires et de récolter des informations, je me suis rendu à plusieurs reprises dans les autres sites de l'institution.

Je viens de décrire la façon dont cette collecte de données a été mise en œuvre en pratique. Voyons à présent dans ce dernier chapitre les principaux résultats qui sont ressortis de l'analyse de ces retranscriptions. Ces derniers ont été étudiés par objectif stratégique. De plus, à la fin de mon stage, l'ensemble des KPI analysés ont été passé en revue avec l'équipe du projet 23.1 dans lequel mon mémoire-projet s'insérait. L'analyse proposée se base donc sur les dires des répondants et sur l'approbation de l'équipe 23.1. En effet, l'étape de validation finale des KPI constitués n'aura lieu qu'à la fin du mois de juin 2012 lors du prochain comité de pilotage.

¹⁸ Y. Hamache et V. Guilmot.

Chapitre 3 : Analyse des résultats

Afin de comprendre la présentation suivante, le lecteur doit savoir que les résultats seront exposés par objectif stratégique. L'analyse se décompose en deux phases : la première permet de resituer chaque initiative dans leur contexte ; la deuxième met en exergue la pertinence des KPI proposés selon nos répondants. De plus, à la fin de mon stage, j'ai rencontré l'équipe projet 23.1 afin de présenter les KPI pertinents qui sont ressortis des entretiens avec les différents chefs de projet et sponsors. Lors de cette réunion, nous avons passé en revue l'ensemble des KPI, ce qui a permis de dégager un tableau de KPI épuré. Ce dernier sera présenté à la fin de ce mémoire. Il sera également exposé au comité de pilotage à la fin du mois du juin en vue d'une validation définitive. Bref, l'analyse proposée dans cette dernière partie se base sur les dires des répondants et sur l'approbation avec l'équipe projet 23.1.

Pour rappel, concernant les objectifs stratégiques 1 à 5, aucune initiative n'a été développée. Dès lors, les KPI relatifs seront évalués directement par les responsables et directions. Aucun entretien relatif à ces objectifs n'a donc été réalisé dans le cadre de ce mémoire. Il en est de même pour les objectifs stratégiques 9 à 11 traitant des maisons de repos et de soins (MRS). Ces derniers ne font pas parties de mon analyse. Il est à noter que seules les deux initiatives de l'objectif stratégique 10 ont débuté.

A titre informatif, les KPIs présentés en « blanc » dans ce tableau correspondent à des ajouts personnels. De plus, les KPIs des objectifs stratégiques 9-10-11 ont été mis en italique pour faire référence aux MRS qui ont, comme mentionné précédemment, été exclus de mon champs d'analyse. En effet, ils font l'objet d'une analyse particulière et ont une BSC qui leur est propre.

Objectif Stratégique 1 : Etre l'institution de confiance, leader dans la région d'influence, qui accompagne la population dans toutes les étapes de la vie

KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Parts de marché des différentes spécialités médicales ¹⁹
KPI 3. Nombre d'admissions en hospitalisation conventionnelle pour les patients provenant du bassin de la patientèle ²⁰
KPI 4. Nombre d'admissions en hospitalisation de jour pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 5. Nombre d'admissions par les SU ²¹ pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 6. Nombre de consultations pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 7. Pourcentage de médecins généralistes adressant leurs patients à l'INDC
KPI 8. Taux de fidélisation des patients
KPI 9. Indice de réputation de l'hôpital

Parmi ces neuf indicateurs, il a été décidé en réunion de projet 23.1:

- le premier KPI n'est pas suffisamment représentatif de l'objectif stratégique qu'il souhaite mesurer.
- Quant aux deux derniers KPI's, ils ont été jugés trop abstraits sur la manière d'être constitué.

L'équipe 23.1 a donc décidé de les supprimer. Les six KPI's restant seront proposés à Messieurs **Graux** et **Keivers** pour approbation.

¹⁹ Il faut entendre par spécialités médicales: la Médecine interne, la chirurgie, la gériatrie, la gyneco-obstétrique, la pédiatrie et les sous spécialités.

²⁰ Le bassin de soins correspond à une limite géographique autour des sites concernés. Les parts de marché (ex : >10%) dans chaque commune aide à définir l'Hinterland (bassin)

²¹ Les services d'urgence

Objectif Stratégique 2 : Assurer des résultats financiers afin de développer l'institution de façon durable et efficiente

KPI 1. Volume d'honoraires produit par spécialité
KPI 2. Nombre de journées inappropriées par spécialité
KPI 3. Ratio journées facturées / journées justifiées par spécialité ²²
KPI 4. Résultat d'exploitation par site
KPI 5. Marge brute d'exploitation par site

Lors de la dernière réunion 23.1, il a été proposé d'ajouter un indicateur à cette liste approuvée : **le budget d'investissement**. Cet indicateur pourrait se subdiviser et se focaliser sur trois segments : Immobilier, Médical et Informatique.

Ces six indicateurs seront soumis à Messieurs **Taquet** et **Rary** pour approbation.

Objectif Stratégique 3 : Offrir une prise en charge complète, sécurisée, de qualité et adaptée aux besoins de la patientèle

KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Nombre d'itinéraires cliniques en application
KPI 3. Nombre de patients pris en charge par les cliniques monothématiques ²³ (total et nouveaux)
KPI 4. Taux de mortalité par an
KPI 5. Taux d'escarres par an
KPI 6. Taux de chutes par an
KPI 7. Taux d'infections nosocomiales par an

²² Le financement des hôpitaux se base sur une activité justifiée, c'est-à-dire, que selon une pathologie (ou groupe de pathologies), une moyenne nationale est établie, ce qui donne droit à une durée moyenne de séjour (activité justifiée). Par ailleurs, si le patient reste plus longtemps que cette moyenne, les journées facturées seront plus importantes. Une partie de ces journées sera facturée mais non justifiée, ce qui génère un financement moindre.

²³ La clinique monothématique : c'est le regroupement d'une équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge d'une pathologie ou d'un symptôme du patient (ex. : la clinique de l'obésité). Elle représente une attraction potentielle

Le premier KPI peut se constituer à l'aide des questionnaires d'évaluation transmis aux patients²⁴. Le deuxième KPI intervient également dans la mesure de l'objectif stratégique 7. Les remarques y afférentes restent donc valables. Les indicateurs 5, 6 et 7 sont aussi repris, sous une formulation presque similaire, pour la mesure de l'objectif stratégique 7. Les biais liés à leur constitution doivent être gardés à l'esprit (cf. infra).

Ces sept indicateurs seront proposés à la **direction de Nursing** et la **direction Médicale** pour approbation.

Objectif Stratégique 4 : Développer la coopération et la prise en charge conjointe avec les médecins référents

KPI 1. Degrés de satisfaction globale des médecins référents vis-à-vis de l'institution
KPI 2. Nombre de patients provenant du bassin de patientèle envoyés par les médecins référents
KPI 3. Nombre de relations privilégiées entre médecins référents et polycliniques de l'INDC.

Les deux premiers KPI's interviennent également dans la mesure de l'objectif stratégique 19 visant à améliorer les relations avec les médecins référents. Le troisième indicateur a été écarté par l'équipe 23.1. En effet, il fait davantage référence à un business model qu'à un KPI en tant que tel.

Dès lors, l'équipe a formulé un autre KPI pour mesurer l'objectif stratégique 4 : **Le nombre de projets impliquant les médecins référents par an**. Ce dernier KPI a des similitudes avec l'indicateur 5 reformulé de l'objectif 27 (cf. infra).

Ces trois KPI seront proposés à la **direction médicale** pour approbation.

²⁴ Le questionnaire de satisfaction de l'institution est disponible en annexe 9

Objectif Stratégique 5 : Assurer l'efficacité des prestations autour d'un réseau de soins coordonné et développer les innovations

KPI 1. Nombre de patients pris en charge en clinique monothématiques (total et nouveaux)
KPI 2. Nombre de patients pris en charge dans les unités de « pré-revalidation » par site
KPI 3. Nombre de patients pris en charge dans les unités de « court-séjours » par site
KPI 4. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur le taux d'ambulatoire ²⁵ .
KPI 5. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur la DMS ²⁶ .
KPI 6. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur le taux d'occupation

Le premier KPI intervient également dans la mesure de l'objectif stratégique 3. Les KPI's 4, 5 et 6 ont été supprimés. En effet, il a été proposé, par l'équipe 23.1, de mesurer la notion de réseau à l'aide de l'indicateur suivant : **Le nombre de processus transmuraux (trajets de soin)**. Concernant la mesure liée au degré du développement des innovations énoncée dans cet objectif stratégique 5, c'est l'indicateur suivant qui a été formulé par l'équipe 23.1 : **Le nombre de participation à des projets-pilote**.

Ces cinq indicateurs constitués seront proposés à la **direction médicale** et la **direction générale** pour approbation.

Objectif Stratégique 6 : Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients

L'objectif stratégique 6 comporte les cinq initiatives suivantes, dont trois ont débuté : la 6.1 ; la 6.2 et la 6.3. Néanmoins, seules les initiatives 6.2 et 6.3 seront explicités dans le cadre de cette analyse. En effet, les responsables de l'initiative 6.1 n'ont pas répondu présents à l'appel.

6.1	<i>Mise en place de cliniques monothématiques afin de canaliser l'entrée d'une grande partie des patients de l'INDC pris en charge en consultation</i>
-----	--

²⁵ L'ambulatoire au sens de cet indicateur porte sur une hospitalisation sans nuitée, c'est-à-dire, la mise en observation de quelques heures en hôpital de jour.

²⁶ Durée moyenne de séjour

6.2	Développer un plan d'amélioration de l'orientation patient en lien avec les attentes des patients sur chaque site du groupement
6.3	Créer une unité de court-séjour à Jolimont de 10 lits et de 5 lits sur les autres sites à partir des SU
6.4	Développer les soins à domicile
6.5	Créer 2 unités de pré-revalidation de 45 lits à Jolimont et une unité de 30 lits sur les autres sites

L'initiative 6.2 a pour objectif de développer une **offre orienté-patient** : de l'entrée à la sortie, l'institution veut garantir une prise en charge globale. Alain Bouchez, le sponsor de cette initiative, cite l'exemple du guichet d'accueil comme facteur d'amélioration de cette offre. Celui-ci doit être conçu de façon à ce que les attentes du patient, en termes de confort et de discrétion de traitement, soient satisfaites. Il évoque également la nécessité de mettre en place des points de repère ; ces derniers permettant de vérifier l'implication effective de l'INDC dans une orientation patient et non dans une organisation purement technique et de service.

Pour que le patient soit au centre de l'intérêt de tous les intervenants, Dominique Rombeaux qui est la responsable de cette initiative, préconise :

- d'améliorer l'accessibilité aux institutions,
- d'optimiser le temps de réponse
- et de prendre en compte les valeurs attendues et spécifiques par type de patient.

Afin de répondre à cet objectif, elle a déterminé des *axes d'entrée* de l'INDC, notamment: les urgences, la « one-day », l'hospitalisation et l'accueil central de l'hôpital. Tous ces accueils stratégiques, dans les services médicotechniques et au niveau de l'admission, ont été conçus de manière à définir non pas le type de patient mais bien les attentes de la patientèle à chaque axe d'entrée. Dans un deuxième temps, cette initiative vise à fédérer l'ensemble des intervenants à traiter dans les faits d'une orientation-patient.

A l'heure actuelle, il ressort des entretiens qu'il est relativement peu aisé d'avoir une liste réellement exhaustive de tous les types de profils patients que l'institution peut prendre en charge. Cette initiative vise donc à ventiler la patientèle de manière à mieux répondre à ses

besoins. De plus, l'analyse met en évidence l'importance de développer des enquêtes de satisfaction traitant de la signalisation. En effet, que celle-ci soit interne à l'hôpital ou externe, le patient doit savoir où aller et être bien orienté. Pour ce faire, il existe, en interne, un comité de signalisation qui a la charge d'évaluer la nécessité d'améliorer ou éventuellement de préciser, une insatisfaction relevée de la patientèle. En externe, un bilan des besoins a été établi. Précisément, un tour des institutions a permis de mettre en évidence un besoin ciblé et précis de l'orientation des panneaux afin d'identifier l'accès aux institutions au sein de chaque commune.

L'initiative 6.3 vise à créer une unité de court-séjour afin de délester les étages de la tâche logistique des patients. En effet, ces derniers, même s'ils viennent pour une très courte durée à l'hôpital, impliquent une importante logistique en termes de prise en charge. Les bénéficiaires d'une telle initiative seront donc les étages et les urgences, déchargés ainsi du problème d'hospitalisation provisoire²⁷. Néanmoins, il m'a paru étrange que Mr Loix, chef de projet de cette initiative, n'ait pas mentionné les patients comme l'un des principaux bénéficiaires. Il s'agit pourtant du public cible, en l'occurrence celui qui reste à 72 heures au départ des urgences. En le questionnant à ce sujet, il va de soi selon lui que le patient en tirera bénéfice : *« Ça ne peut apporter qu'un mieux, en comparant la situation actuelle où des gens restent 36 heures aux urgences dans une petite chambre inappropriée. Une telle unité apporterait une plus-value pour le confort patient »*.

En outre, le docteur Loix est dubitatif quant à la mise en place d'une unité de court-séjour. Selon lui, une mesure doit être entreprise mais certainement pas dans la forme que l'a proposé Antares. En effet, celle-ci n'est pas en adéquation avec les besoins de l'entité. A titre illustratif, le site hospitalier de Lobbes n'a pas vraiment l'utilité d'une unité de court-séjour pour peu qu'on lui assure une fluidité au niveau des étages. Le projet a donc dû être adapté en fonction des besoins et inclue désormais l'hospitalisation provisoire au départ des urgences.

Finalement, en termes d'indicateurs de performance, le docteur Ravoet, qui est sponsor de cette initiative, propose spontanément d'établir des indicateurs visant les résultats et le coût des processus. Il préconise également des indicateurs de mesure du taux de satisfaction des patients et des prestataires (soignants).

²⁷ L'hospitalisation provisoire (HP) regroupe des patients qui n'ont pas d'hospitalisation défini dans un étage. L'unité d'hospitalisation provisoire n'est pas rattachée à un autre service que les urgences.

Pour rappel, sept KPI's ont été rattachés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les indicateurs qui semblent pertinents à nos répondants parmi les sept préalablement définis.

KPI 1. Taux de satisfaction des patients

Le taux de satisfaction des patients se révèle être l'indicateur le plus pertinent pour mesurer l'objectif stratégique 6.

Néanmoins, Mr. Loix met en garde sur la difficulté de questionner les patients sur une situation future alors qu'ils ne se trouvent pas actuellement dans une situation optimale.

Quant à Mme Rombeaux, elle suggère de décomposer l'indicateur de satisfaction. En effet, pris dans sa globalité, il ne permet pas de cibler les forces et faiblesses de l'objectif.

De plus, l'administration des questionnaires de satisfaction n'est pas encore uniformisée sur l'ensemble des sites. Toutefois, elle devrait l'être dans le courant de cette année. Jusqu'à présent, c'est la firme de consultance MEDSOC qui gère les résultats du CHJL tandis que le CHTN analyse la source des plaintes via un traitement manuel.

KPI 2. Nombre d'hôpitaux concurrents par type de pathologie

Cet indicateur n'est pas pertinent aux yeux de nos répondants. En effet, ces derniers soulignent l'importance pour l'institution d'avoir sa propre personnalité et d'être leader sur son marché.

En outre, Mme Rombeaux précise que l'impact des campagnes menées par les concurrents servira juste d'effet de levier pour accélérer les mises en place des propres directives de l'institution.

KPI 3. Le temps d'attente

La notion d'attente semble être un indicateur intéressant. La vitesse d'exécution et de traitement d'un problème d'un patient est une donnée importante.

Néanmoins, aucun enregistrement des temps d'attente n'est actuellement réalisé dans l'institution. De plus, il est nécessaire de distinguer le délai de prise de rendez-vous du délai d'attente du patient à son arrivée, avant son hospitalisation. Afin que l'indicateur tienne

compte de ces deux notions distinctes, il a été décidé de le renommer : le temps d'attente et le délai de prise de rendez-vous.

KPI 4. Le nombre de plaintes

Cet indicateur apporte une vision globale de la satisfaction de la patientèle. Néanmoins, Mr. Ravoet rappelle qu'il n'est pas facile à manipuler du fait de son importante hétérogénéité. Par conséquent, il est nécessaire de le ventiler en fonction du type de plaintes. De plus, il est très lié aux mentalités. Selon Ravoet, nous vivons dans une société de plus en plus exigeante. Dès lors, le nombre de plaintes ne serait pas forcément lié à un problème qualitatif. Loix précise qu'une structure positive n'est pas censée recevoir de plaintes. C'est pourquoi, un travail visant « le zéro plainte » a été mis en place en collaboration avec la médiatrice, Mme Dutrieux.

KPI 5. Niveau d'engorgement des étages

C'est effectivement une mesure cruciale, surtout pour l'initiative 6.2. Sur cet indicateur, les directions de nursing peuvent fournir des données relatives aux taux d'occupation.

Ravoet précise également l'importance d'analyser l'impact positif et négatif de cet indicateur sur les autres unités lors de la modification du taux d'occupation d'un service.

KPI 6. Niveau d'engorgement des urgences

En ce qui concerne cet indicateur, les avis divergent. Selon Loix, il ne serait pas pertinent. En effet, les urgences seraient dépendantes du flux de patients qui débarque à l'hôpital. C'est avant tout un problème social si les urgences sont engorgées. Il faudrait donc éduquer les médecins traitants et les patients sur la nécessité de se rendre aux urgences.

Rombeau et Ravoet, quant à eux, considèrent qu'il s'agit d'un indicateur pertinent. Effectivement, d'une part les urgences génèrent une entrée importante pour les hôpitaux. D'autre part, il renvoie aux temps d'attente qui, comme mentionné précédemment, représentent un indice de satisfaction de la patientèle.

KPI 7. Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)

La notion d'accessibilité est essentielle pour un hôpital. Toutefois, la constitution d'un tel indicateur est complexe dans la pratique. Rombeaux déclare : « *On n'a pas beaucoup d'impact pour ces transports en communs, la seule chose que nous pouvons développer, ce sont des navettes interservices* ». Dès lors, avec l'équipe 23.1, nous avons proposé l'indicateur suivant pour tenir compte du facteur d'accessibilité : **le nombre de places de parking**.

En récapitulatif, nous avons retenu à l'objectif stratégique 6 les KPI suivants : 1, 3, 4, 5 et 6. Quant à la deuxième mesure, elle a été supprimée faute de pertinence. Concernant le dernier indicateur, celui-ci a été reformulé et s'intitule désormais : le nombre de places de parking.

Objectif Stratégique 7 : Améliorer la qualité et la sécurité des patients

L'objectif stratégique 7 comporte les huit initiatives suivantes, dont deux seulement ont déjà débuté : la 7.7 et la 7.8.

7.1	Mettre en place un programme diminution des erreurs médicamenteuses
7.2	Mettre en place un système de suivi des événements indésirables dans l'institution
7.3	Mettre en place un suivi d'une quarantaine d'indicateurs de qualité (clinical outcomes) au niveau institutionnel et 4-5 indicateurs spécifiques par service
7.4	Réaliser un benchmark avec d'autres hôpitaux sur les indicateurs de qualités
7.5	Développer les outils informatiques adaptés à la gestion de qualité et la sécurité des patients
7.6	Mettre en place un guide des bonnes pratiques en terme de qualité et de sécurité (staffs, tours de gardes,...)
7.7	Développer l'identification du patient et des prestataires
7.8	Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques

L'initiative 7.7 est une initiative orientée « patient ». Son objectif est double. D'une part, elle permet d'**identifier** tout acte réalisé par un membre du personnel de l'institution, que ce soit d'un point de vue administratif ou d'un point de vue infirmier. D'autre part, elle vise à assurer la traçabilité du patient. A ce titre, madame Guilmot qui est co-responsable de cette initiative, évoque la nécessité d'améliorer les processus d'identification. En effet, ces derniers permettent à tout à chacun d'être reconnu et reconnaissable comme membre de l'institution. De plus, ils permettent d'éviter les doublons dans les bases de données, que ce soit au niveau des patients que des prestataires. C'est pourquoi, Guilmot préconise également un indicateur qui reflète le taux de doublon. Afin de mettre en place ces processus d'identification, elle propose d'imaginer un badge multifonctionnel. Par ailleurs, ceux-ci apportent un soutien continu à la patientèle et revêtent une importance capitale à plusieurs échelons de l'organisation : au niveau de l'accueil, à l'aide de la carte SIS et du DPI ; lors de la prestation, grâce au bracelet d'identification du patient ; lors de la communication des résultats et lors de la facturation.

Véronique Louppe, qui est également co-responsable de cette initiative, préconise le bracelet d'identification. Il s'agit d'un outil employé par l'INDC afin d'identifier ses patients : *« L'objectif est d'institutionnaliser et de procéder à la mise en place de bracelet pour tout patient hospitalisé, quel que soit son âge ou son état mental. Actuellement, tous les hôpitaux utilisent des bracelets qui suivent le même principe. Toutefois, des différences subsistent. À terme, le service achat devrait uniformiser un système de bracelet muni de code barre qui permettra une identification depuis l'accueil quel que soit l'hôpital où l'on se trouve »*. Au cours de cette discussion, deux éléments mesurables sont ressortis :

- **le nombre de bracelets** : via un contrôle ponctuel dans chaque unité de soin. Par exemple, l'unité gériatrique comporte 24 lits. En réalisant un tour de l'unité, on pourrait dénombrer les patients qui sont porteurs de bracelet dans les 4 heures de leur admission. C'est facile à mettre en œuvre, y compris dans un service d'urgence où l'on a quand même un mouvement de patients qui est relativement important. Dans ce cas-ci, la mesure de l'indicateur est donc prise par un contrôle visuel.
- **la consommation et l'achat des bracelets** : Le niveau de consommation montrerait dans quelle mesure l'institution est utilisatrice de bracelets. On pourrait également ventiler cette consommation de bracelets par unité de soin

pour l'ensemble de l'institution. Un économat général, censé évaluer cette consommation de bracelets pourrait nous fournir l'information. Il le ferait à l'instar de ce qui est réalisé en pharmacie, pour la consommation de lotion hydro alcoolique destinée au lavage des mains du personnel soignant.

Néanmoins, il est à noter que la notion de sécurité du patient n'a pas été mentionnée. Il me semble pourtant qu'il s'agit d'un objectif fondamental d'une telle initiative. Par ailleurs, madame Louppe m'a fait part d'un manque de retour d'information de la part de la direction sur les événements indésirables (incidents, chutes, escarres, etc.) relevés.

L'initiative 7.8 est dirigée par Pierre Van Den Berge. Voici la manière dont il décrit cette initiative : « *Les itinéraires cliniques consistent à avoir un processus de soins, un trajet de soins pour les patients. Ce trajet reprend les différents acteurs qui travaillent en multidisciplinarité. Ce projet consiste à voir la plus-value pour le patient que ce soit en termes de gain au niveau traitement, survie, prise en charge du risque, du coût, etc.* ». Le sponsor, Christophe Ravoet, est pour la mise en application d'une telle initiative. En effet, la transversalité entre les services et les sites est nécessaire. Les premiers itinéraires cliniques, comme ceux de l'infarctus sont déjà des projets bien avancés. Selon lui, créer des itinéraires va permettre de raccourcir les trajets du patient, de clarifier, de structurer et de standardiser. Cela implique in fine des gains de temps et de durées de séjour et une facilitation de la vie des personnes. Il y a derrière cette initiative, une volonté d'établir des « guidelines ».

Les éléments mesurables ressortis spontanément de ces deux entretiens sont :

- Le nombre de patients entrés dans un itinéraire clinique
- L'investissement de l'hôpital dans la démarche vers des processus qualité de l'hôpital
- Le nombre de formations liées à la qualité
- le nombre et le type d'incidents rapportés

Pour rappel, sept KPI's ont été rattachés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les indicateurs qui semblent pertinents à nos répondants parmi les sept préalablement définis.

KPI 1. Nombre d'erreurs médicamenteuses

Il ressort des différents entretiens que cet indicateur est pertinent. L'information, nécessaire à cette mesure, est vraisemblablement disponible dans un document de déclaration des événements indésirables. Toutefois, le biais de cet indicateur résiderait dans la véracité du taux d'erreurs déclarées. Pourtant, selon Ravoet, le propre de la qualité, c'est de mesurer les actions à partir des incidents. En effet, l'objectif est de mettre en place une procédure. Ensuite, on évalue cette procédure par des indicateurs et au besoin, on modifie la procédure.

KPI 2. Nombre d'escarres

Cet indicateur ne fait pas partie de la déclaration d'événements indésirables mais il renvoie à une image de la qualité des soins de nursing. Il a donc été jugé pertinent par nos répondants. Néanmoins, les problèmes de véracité de la mesure restent d'actualité.

KPI 3. Nombre de chutes

Cet indicateur est repris dans la déclaration des événements indésirables. Toutefois, selon Ravoet, cet indicateur est réducteur sur le plan de la sécurité. En effet, on ne peut pas dire que la sécurité des patients est résolue uniquement parce que le nombre de chutes diminue. Il s'agit donc d'un indicateur assez limité.

KPI 4. Nombre d'infections nosocomiales

Cet indicateur est également repris dans la déclaration des événements indésirables. A ce sujet, Louppe précise que le retour d'information est beaucoup plus structuré. En effet, il est transmis par les feedbacks des réunions du comité d'hygiène. Toutefois, le docteur Ravoet contraste ce jugement en déclarant que le nombre d'infections nosocomiales n'est pas facile à détecter. De plus, le nombre de cas répertoriés fluctue en fonction du nombre de frottis réalisés. Les hygiénistes utilisent d'ailleurs un indicateur plus simple qui est le nombre de litres de solutions hydro alcooliques employé dans les services par rapport à la moyenne. C'est un indicateur de la qualité du lavage des mains des soignants.

KPI 5. Nombre d'erreurs d'intervention dues à une mauvaise information préalable

La constitution de cet indicateur apporterait une information pertinente à l'institution. Comme le signale Van Den Berge : « *la difficulté est que l'on se base sur la notification. Et la notification est volontaire. Il y a très peu de déclarations à ce niveau-là. Il y a un grand*

intérêt à le savoir mais il y a peu d'intérêt dans les faits car le nombre d'erreurs d'intervention est excessivement faible ». Louppe nuance en précisant que les infirmières sont tenues de le faire. Mais elle ne sait pas si le corps médical déclare ce type d'erreurs dans la pratique.

KPI 6. Nombre d'itinéraires cliniques en application

De manière générale, l'indicateur est qualitatif. Comme Van Den Berge l'a énoncé dans les éléments mesurables, ce qui est surtout intéressant, c'est le nombre de patients entrants dans les itinéraires cliniques. C'est la population touchée qui leur importe le plus. En effet, pour qu'un itinéraire clinique soit rentable, il faut qu'il touche une large population. Ravoet signale également que cet indicateur se veut macroscopique. Néanmoins, tous les jours, les médecins et infirmiers font des itinéraires cliniques à petite échelle afin de discuter de problèmes présents. Par conséquent, l'indicateur devient réducteur car même si l'itinéraire n'est pas formalisé, cela ne signifie pas que les personnes n'en font pas. Enfin, pour madame Louppe, les itinéraires cliniques permettent aux infirmières d'être beaucoup plus autonomes. Si ceux-ci sont mis en place, c'est avant tout à cause d'un manque d'informations claires des prestataires et à la multiplicité des consignes divergentes émanant des médecins qui tiennent à conserver leur liberté thérapeutique.

KPI 7. Pourcentage d'erreur d'identification (patients incorrectement identifiés)

De nouveau, cet indicateur est lié aux rapports d'incidents. Malgré sa pertinence, sa validité est compromise si l'on ne parvient pas à vérifier l'exactitude des reports. Il est clair que l'identification correcte de la personne est très importante. C'est essentiel en termes de qualité et de sécurité. Mais comme le fait remarquer Ravoet, on reste tributaire du bon vouloir des personnes à suivre la procédure mise en place.

En résumé, nous avons vu que les indicateurs 1, 3, 4 et 5 repris dans le rapport d'incidents, ont été jugés pertinents par nos répondants. Il en va de même pour les KPI 2 et 6. Concernant le KPI 7, il ne sera pas retenu. De plus, nous ajoutons à la liste des indicateurs les deux éléments de mesure proposés par Louppe à savoir : **le nombre de bracelets d'identification ; la consommation et l'achat de bracelets d'identification**. Enfin, pour garantir la validité de la quasi-totalité des indicateurs visant à mesurer l'objectif stratégique 7, il est essentiel que les personnes aient le sentiment de pouvoir rapporter les incidents de

manière anonyme. Sans ce caractère anonyme du patient et du soignant, le système de rapports ne peut pas fonctionner.

Objectif Stratégique 8 : Améliorer l'accueil et l'information des patients et proches

L'objectif stratégique 8 comporte les trois initiatives suivantes dont une seule a débuté : la 8.1.

8.1	Former les professionnels à l'accueil, à l'orientation patient et à l'information des patients (deuil compris)
8.2	Mettre en place un standard téléphonique performant
8.3	Améliorer l'accès aux consultations pour les nouveaux patients et l'accès aux infrastructures

L'initiative 8.1 a été créée dans le but de répondre au mieux à l'accroissement des exigences de la patientèle quant à la qualité de l'accueil qu'elle reçoit. Les quatre sites hospitaliers, les polycliniques, les six maisons de repos ainsi que le centre de santé sont concernés par le projet et participent à sa concrétisation. Christine Dutrieux, qui est la médiatrice CHJL-CHTN et chef de projet de cette initiative, s'aperçoit que bon nombre de plaintes pourraient être évitées si une attention particulière était donnée à l'accueil et à l'information du patient. Cette constatation l'a amené, dans le cadre de ses activités au sein du Comité Qualité Sécurité Patient du CHJL, à organiser des modules de formation à la communication actuellement en cours, destinés aux médecins du CHJL. Selon Dutrieux, un meilleur accueil et une meilleure attention vis-à-vis des demandes des patients/résidents aura pour objectif d'accroître leur satisfaction et d'ainsi les fidéliser à leurs services.

La première étape de l'initiative visait à répertorier des personnes ressources à former ; sachant qu'elles ont un rôle stratégique à jouer au sein de l'institution dans le contact avec le patient (accueil, admission, polycliniques, services médicotechniques, laboratoire, secrétariats médicaux, soins d'urgence, central téléphonique...). Ce personnel d'accueil de première ligne représente 250 personnes. Ensuite, en fonction des besoins, des modules de formation ont été établis tels que « ma communication à l'accueil » ; « ma communication au

téléphone » ; « mon accueil orienté patient » ; « mon devoir de discrétion » ; « ma gestion des deuils » ; « mon partage d'information » ; « ma gestion des patients difficiles ». Après avoir lancé les premières formations, une sensibilisation du personnel à l'orientation patient a été réalisée grâce à une campagne interne autour d'un slogan fédérateur et mobilisateur : « la SBAM²⁸ attitude ». Le but était de faire prendre conscience à tout un chacun de ses capacités à développer et à répandre cette attitude accueillante au sein de l'institution. Chaque membre formé à la SBAM attitude pourra être identifié à l'aide d'un badge représentant un smiley. Par ailleurs, le projet se structure en trois segments :

- Les 250 personnes du personnel d'accueil de première ligne
- Les médecins ayant manifesté une candidature volontaire pour suivre la formation visant à améliorer la communication avec leurs patients : environ 60 sur les 450 potentiels des quatre sites.
- Tout le monde restant via des campagnes de sensibilisation : approximativement 3750 personnes.

Pour évaluer l'impact d'une telle initiative sur l'objectif stratégique, il ressort des entretiens la nécessité de s'intéresser à la perception de ces formations du point de vue du patient et du point de vue du personnel. Concernant le personnel, deux types d'évaluation est à envisager :

- « à chaud » : juste après une formation, un questionnaire de satisfaction pourrait être administré.
- « à froid » : en vérifiant de manière ponctuelle si les acquis de la formation sont mis en pratique.

Autrement dit, l'analyse met en évidence l'importance de mettre en place un indicateur de perception (taux de satisfaction vis-à-vis de la formation) et un indicateur de performance (taux d'application des acquis de la formation (ex. : taux d'application de « la SBAM attitude »)). En effet, ces indicateurs vont permettre de déterminer la pertinence des formations proposées ; et dès lors d'enrichir, par effet d'expérience, le catalogue des formations proposé par Madame Guilmot, responsable des ressources humaines.

Enfin, concernant le ressenti des patients, aucune pré-mesure n'a été réalisée afin de comparer l'impact des formations par rapport à la situation initiale, comme le signale

²⁸ Pour Sourire – Bonjour – Au revoir – Merci.

Dutrieux : « nous n'avons pas de repères car aucune pré-mesure n'ont été effectuées dans le passé. La seule chose qui existe, c'est une question générale dans les questionnaires de satisfaction : « l'accueil a-t-il été chaleureux ? ». Mais ça ne précise pas s'il s'agit de l'accueil chez les hôtesse d'accueil, en polycliniques, ... ».

Pour rappel, sept KPI's sont associés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les indicateurs qui semblent pertinents à nos répondants parmi les sept préalablement définis.

KPI 1. Pourcentage du personnel formé à l'accueil

Cet indicateur est pertinent. Il est à mettre en lien avec le taux d'absentéisme des participants aux formations. En effet, la formation est obligatoire et a été présentée comme telle par le comité de pilotage. De plus, il existe une volonté que les chefs de service participent également à la formation dans le but qu'ils puissent s'imprégner du contenu et pérenniser les acquis de celle-ci. Un premier recensement a été effectué en 2011 avec le constat suivant: le nombre de participants au deuxième module est souvent moins élevé que celui du premier.

KPI 2. Nombre de rendez-vous pris par le standard téléphonique

Cet indicateur doit être reformulé car ce n'est pas le standard téléphonique qui prend ou donne les RDV. Il ne fait qu'orienter les appels en fonction des demandes. Dès lors, il faut s'intéresser au guichet téléphonique qui dispose de l'information pour constituer ce nouvel indicateur : **nombre de rendez-vous pris par le guichet téléphonique**. Comme le suggère l'équipe 23.1, il serait peut-être pertinent de réaliser un ratio entre les rendez-vous demandés et ceux réellement accordés.

KPI 3. Nombre d'appel perdus au standard téléphonique

L'initiative qui contribue à cet indicateur est la 8.2. Cet indicateur semble pertinent car comme le signale Dutrieux, il peut s'agir d'un premier contact. Et en cas d'insatisfaction du client, celui-ci peut fuir vers la concurrence. Une manière simple de constituer cet indicateur est de recenser le nombre d'appels en absence adressé au standard téléphonique.

KPI 4. Délai de prise de rendez-vous (total et nouveaux patients)

Selon Dutrieux, cet indicateur reflète un souci organisationnel à charge de l'institution. Cela touche plusieurs départements comme la gynécologie ou l'ophtalmologie. Ce sont des délais de rendez-vous à très long terme. Cette problématique relève des questionnements auprès de la médiatrice : Que fait-on avec ces patients ? Est-ce que le personnel a des consignes pour les cas urgents ? Jusqu'où est prêt à aller l'employé(e) pour aider le patient ? Et jusqu'où attend-t-on qu'il/elle aille ?

Un signe d'inadéquation avec les besoins des patients pourrait être révélé par la mise en place d'un indicateur connexe : le nombre de rendez-vous pris qui n'ont pas été tenu. Les données nécessaires à son élaboration se trouvent dans le logiciel de prise de rendez-vous de l'institution : « Q.Planner ».

D'un point de vue opérationnel, j'ai proposé à la médiatrice ainsi qu'à mon maître de stage de réaliser un tableau reprenant les délais d'attente pour la prise d'un nouveau rendez-vous en fonction de chaque département. Cela leur permettra de prévoir les actions correctrices à adopter en cas de dépassement d'un seuil préalablement fixé. Conscient que cette suggestion sort du cadre du mémoire, ils ont toutefois jugé l'idée pertinente.

Après réflexion avec l'équipe projet 23.1, cet indicateur illustre mieux l'atteinte de l'objectif stratégique 6 : Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients. Il sera donc resitué en conséquence dans la carte stratégique.

KPI 5. Nombre de rendez-vous réorienté vers d'autres sites de l'institution

Cet indicateur semble intéressant et s'inscrit parfaitement dans l'orientation-patient. Néanmoins, dans les faits, il est critiquable à plusieurs titres.

Tout d'abord, en radiologie par exemple, la réorientation vers d'autres sites de l'institution se fait déjà comme le souligne Dutrieux. Néanmoins, il est impossible de savoir actuellement si cela se fait de manière spontanée ou systématique. De plus, rien ne dit que le personnel prenne acte de la réorientation.

Ensuite, un aspect d'ordre politique, est qu'il faut, selon la médiatrice, effectuer un travail sur la mentalité du personnel : lui faire prendre conscience qu'il travaille pour un

groupement. Dès la formation, il est nécessaire que les prestataires de soin aient à l'esprit l'identité INDC.

Enfin, les structures sont parfois méconnues. Pour ce dernier point, la médiatrice fait partie de l'équipe de travail de l'initiative 6.2 gérée par Madame Rombeaux. Pour rappel, cette initiative consiste à améliorer les plans d'orientation-patient sur chaque site. Dans ce cadre, cette équipe travaille sur la connaissance inter-sites et sur ce que chaque institution a à proposer.

KPI 6. Pourcentage des plaintes liées à l'accueil

Cet indicateur est pertinent. Madame Dutrieux dispose d'un système d'encodage qui lui permet de dire si la plainte est liée à du relationnel. Cela regroupe à la fois l'accueil mais aussi un conflit avec un médecin. Elle catégorise l'ensemble des plaintes par rapport aux droits des patients²⁹. Elle m'avoue que réaliser une nouvelle subdivision pour ne s'intéresser qu'aux plaintes liées à l'accueil lui serait une activité chronophage. En concertation avec mon maître de stage sur cette problématique, ce dernier s'est proposé de la rencontrer afin de lui proposer un système de codification via une table Access. Celle-ci n'alourdirait pas sa tâche et permettrait de tirer l'information nécessaire à l'élaboration de l'indicateur.

KPI 7. Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)

D'un point de vue quantitatif, cet indicateur est difficile à constituer. Il est plus facile de l'élaborer en se penchant sur les questionnaires de satisfaction de la patientèle. Dès lors, comme ce fut déjà le cas dans le détail des KPI de l'objectif stratégique 6, il ne sera pas retenu sous cette forme.

En conclusion, nous avons retenu avec l'équipe projet 23.1 les indicateurs 1, 3, 5 et 6. Le KPI 2 a été reformulé et s'intitule désormais « Nombre de rendez-vous pris par le guichet téléphonique ». Le KPI 4 a, quant à lui, été inséré dans l'objectif stratégique 6 et ne fait plus partie de l'objectif 8. Le dernier indicateur a été jugé non pertinent sous cette forme et a été enlevé de la liste.

²⁹ Le rôle de la médiatrice s'inscrit dans le cadre de la loi d'août 2002 sur les droits des patients. Elle prévoit au patient des droits à des soins de qualité, à un second avis, au respect à la dignité, à être soulagé en cas de douleur,...

Objectif Stratégique 12 : Aligner les stratégies des services avec la stratégie institutionnelle

L'objectif stratégique 12 est composé de deux initiatives qui ont toutes les deux débuté. Toutefois, les personnes responsables n'ayant pas été disponibles pour pouvoir argumenter le choix des indicateurs stratégiques, il a été décidé avec l'équipe projet 23.1 de leur soumettre les indicateurs constitués pour approbation.

12.1	<i>Définir les potentiels d'activités pour chaque spécialité et pour chaque site hospitalier en tenant compte des caractéristiques de chaque région et de la concurrence</i>
12.2	<i>Définir un plan de développement des services et des départements sur 3 ans et mis à jour tous les ans</i>

La liste de KPI suivante sera donc envoyée à Messieurs Graux et Bartholomée.

KPI 1. Ratio activité / potentiel d'activité par spécialité et par site
KPI 2. Nombre de plan de développement de service mis à jour
KPI 3. Nombre de plan de développement de département mis à jour

Objectif Stratégique 13 : Renforcer le management médical

L'objectif stratégique 13 est composé de trois initiatives dont deux ont débuté : la 13.1 et la 13.2. Comme l'objectif stratégique 12, les personnes responsables n'étaient pas disponibles afin de pouvoir argumenter le choix des indicateurs stratégiques.

13.1	<i>Redéfinir les rôles et responsabilités des différents échelons hiérarchiques de la direction médicale</i>
13.2	<i>Mettre en place les outils de pilotage des services pour leur activité</i>
13.3	Mettre en place une politique de rémunération variable adaptée aux stratégies des services

Néanmoins, lors de la dernière réunion 23.1, Monsieur Rary, qui est également le responsable de l'initiative 13.2, a pu donner son avis sur les KPI servant à mesurer l'objectif stratégique 13. Il ressort de cette analyse que sur les trois indicateurs :

KPI 1. Pourcentage d'échelons hiérarchiques de la direction médicale aux rôles et responsabilités redéfinies
KPI 2. Pourcentage de services possédant un tableau de bord personnalisé
KPI 3. Pourcentage de services avec une politique de rémunération adaptée aux stratégies définies

- les deux derniers lui semblent pertinents.
- quant au premier, il correspond plus à un projet en tant que tel qu'à un indicateur.

Les KPI 2 et 3 seront donc proposés à Messieurs Graux, Kaivers et Bartholomée pour approbation.

Objectif Stratégique 14 : Favoriser l'implantation des avancées médicales et technologiques

Aucune des cinq initiatives de l'objectif stratégique 14 n'ont débuté.

14.1	Développer les partenariats avec les universités
14.2	Mettre en place un réseau de partage de connaissances avec des universités afin de mettre en application les dernières innovations
14.3	Développer une session de formation par an sur un thème particulier pour les trois plus grandes universités de Belgique
14.4	Développer les relations de recherches avec des laboratoires universitaires, les firmes pharmaceutiques, le ministère,...
14.5	Mettre en place un service de télémédecine pour la gestion des patients à distance

Néanmoins, la liste initiale des indicateurs, constituée afin de mesurer cet objectif stratégique, a été revue lors de la dernière réunion 23.1.

KPI 1. Nombre de partenariats avec des universités
KPI 2. Nombre de réseaux de partage des connaissances avec des universités

KPI 3. Nombre d'innovations mis en place grâce aux réseaux avec des universités
KPI 4. Nombre de formations délivrées dans les universités
KPI 5. Nombre de collaborations de recherches avec des universités

Seuls les KPI 1 et 3 ont été retenus pour leur pertinence. Par ailleurs, le KPI 5 était jugé trop similaire au premier, d'où sa suppression.

Les services compétents à l'approbation des deux KPI retenus sont : la direction médicale, la direction générale et Olivier Descamps.

Objectif Stratégique 15 : Favoriser les collaborations

L'objectif stratégique 15 comporte les deux initiatives suivantes dont une a débuté : la 15.1. Celle-ci est dirigée par Monsieur Kaivers. Étant donné son statut d'administrateur délégué, aucun sponsor n'est rattaché à cette initiative.

15.1	Mettre en place un cadre d'alliances institutionnel
15.2	<i>Développer des collaborations entre les services de l'INDC et d'autres institutions de soins</i>

Les KPI servant à mesurer l'objectif stratégique sont :

KPI 1. Nombre de collaborations mises en place avec d'autres partenaires de soins
KPI 2. Nombre de services de l'INDC impliqués dans une collaboration avec d'autres partenaires de soins

Étant donné leur similitude, il a été décidé, avec le groupe 23.1, de n'en conserver que le premier. Ce KPI sera donc soumis à Monsieur Kaivers pour approbation.

Objectif Stratégique 16 : Améliorer la gestion des opérations

L'objectif stratégique 16 comporte les trois initiatives suivantes dont aucune n'a débuté.

16.1	Mettre en place une fonction de gestion des ressources hospitalières
------	--

	responsable de l'organisation des processus internes
16.2	Mettre en place un plan d'amélioration de la logistique au niveau institutionnel et par site afin de développer les techniques de lean management dans l'institution
16.3	Mettre en place un service de gestion des lits

La liste des KPI préalablement réalisée comportait les indicateurs suivants :

KPI 1. Nombre de protocole mis en place pour faciliter les processus internes
KPI 2. Durée moyenne de séjour
KPI 3. Taux d'occupation des lits

Lors de la dernière réunion 23.1, il a été décidé de supprimer les deux derniers KPI jugés non pertinents. Toutefois, nous étions dans l'impossibilité de définir une personne apte à approuver cette liste de KPI car il n'existe pas encore de directeur opérationnel. De plus, il est fort probable que d'autres KPI viendront se greffer au premier KPI lorsque des protocoles seront mis en place ; le but étant de fluidifier les processus afin de réaliser des gains en unité et en temps.

Objectif Stratégique 17 : Transformer les plateaux techniques en Business Unit

L'objectif stratégique 17 est composé de deux initiatives dont une a débuté : la 17.1.

17.1	Analyser les potentiels d'amélioration des principaux plateaux techniques de l'institution: urgences, blocs opératoires, polycliniques, etc.
17.2	Améliorer la comptabilité analytique afin de mettre en place un compte de résultat par services et unités de production

L'initiative 17.1 a pour objectif principal d'améliorer le fonctionnement interne du bloc opératoire, à savoir : une meilleure utilisation des plages horaires et des salles d'opération par l'ensemble des praticiens et non-praticiens qui viennent travailler dans les salles d'opération.

Le projet a subi une réorientation en cours de parcours et a été confié à une société externe pour son pilotage. En effet, ce projet implique l'implémentation d'un programme informatique au sein du bloc opératoire en vue d'informatiser, entre autres, la feuille d'anesthésie et l'agenda. Une telle initiative nécessite des personnes à temps plein, ce qui pour Madame **Aunac** et Monsieur **Dereeper** (initialement en charge du projet) s'est révélé être une tâche au-delà de leurs possibilités physiques, matérielles et d'implication. Les rôles et les responsabilités ont donc été redéfinis. Ainsi, la direction générale, supervisée par monsieur Graux, devient le chef de projet et monsieur Van Den Berge resterait le sponsor.

Par ailleurs, il existe au sein de l'INDC quatre sites opératoires : ceux de **Nivelles** et **Tubize** qui sont gérés par le docteur Dereeper, celui de **Jolimont**³⁰ géré par le docteur Aunac et celui de **Lobbès** géré par le docteur Spoteau. Une certaine uniformisation est prônée entre les quatre sites opératoires. En effet, chacun essaie de travailler dans le même sens et d'avoir des caractéristiques de travail qui se rejoignent. De plus, l'architecture de chaque site a un impact important sur l'organisation. Par exemple, la position de la stérilisation est un élément fondamental tant sa collaboration avec le bloc opératoire est étroite.

Au cours de notre entretien, Sophie Aunac, m'a apporté des éléments de précision afin de mieux comprendre l'objectif stratégique poursuivi : *« Si vous définissez la business unit comme une unité de business au sens économique du terme, nous sommes dans l'erreur. Si vous définissez la business unit comme une unité fonctionnelle, nous adhérons de manière plus performante à la réalité parce qu'un bloc opératoire ne gagne pas d'argent. Le bloc opératoire est l'une des unités, si pas l'unité qui coûte le plus cher à la seconde à cause du personnel qui y travaille et le matériel de hautes technologies employé ».*

Dès lors, étant donné le coût à la seconde du bloc opératoire, Sophie Aunac propose des éléments de mesures temporels comme piste d'indicateur. Cela pourrait être, par exemple, la durée de stérilisation entre deux opérations qui nécessitent le même matériel. Cet indicateur deviendrait pertinent si ce matériel n'est disponible qu'en nombre restreint dans l'institution. En effet, si son taux d'utilisation est supérieur à son taux de capacité, il serait peut-être nécessaire d'acquérir du matériel supplémentaire. Dans ce cas, même si cela réduit les temps d'attente en plus de représenter un investissement pour l'organisation, la gestion de son stockage serait à prendre en considération.

³⁰ Le site de Jolimont a la particularité d'avoir un objectif de formation contrairement aux autres sites. Pour mettre un médecin en formation, il faut qu'il y ait un maître de stage dans ce service.

Pour rappel, huit KPI sont associés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les indicateurs qui semblent pertinents à nos répondants parmi les huit préalablement définis.

KPI 1. Nombre d'examens de biologie clinique

C'est certainement pertinent bien que cela se situe, un peu, en amont du bloc opératoire. Les biologies cliniques concernent plus le préopératoire. Aunac déclare qu'il existe encore de vieilles pratiques automatiques qui ne sont plus forcément au goût du jour. Des guides de bonnes pratiques cliniques permettraient d'être en règle à ce niveau-là.

En outre, il ressort de l'entretien que cet indicateur est tout à fait constituable. Il suffit de sortir les chiffres du laboratoire. Ces données sont donc faciles à obtenir et gérables.

KPI 2. Nombre d'examens en radiologie

Les examens en radiologie n'ont pas une influence directe sur l'idée de business unit des blocs opératoires. Le nombre important d'examens en radiologie ne permet pas de dire si le bloc opératoire est efficient ou pas. Pour les services médicaux, en amont, cela peut être un indicateur pertinent mais pour le fonctionnement pur du bloc opératoire, cela n'est pas un indicateur.

Par ailleurs, Aunac me fait remarquer que tous ces examens sont déjà informatisés. Quand un médecin décide de faire une radiographie des poumons sur un patient, même s'il est jeune, même si cela s'avère inutile, le médecin va la faire malgré tout. Et ce sera enregistré. Le nombre d'examens réalisés sera facilement calculable. Par contre, il sera difficile de déterminer le nombre d'examens faits de manière injustifiée.

KPI 3. Nombre de consultations

Si le bloc opératoire est efficient, cela augmente les consultations. Donc, d'un point de vue monétaire, cela peut s'avérer très intéressant. Cela va donc permettre d'augmenter les flux. D'un autre côté, comme l'explique Aunac, si le bloc opératoire est efficient, un nombre plus important de patients sera à opérer. Et en amont, cela entraînera une augmentation de la consultation d'anesthésie. Par exemple, si 900 patients sont à opérer par mois, il y aura 600 à 700 consultations d'anesthésie. Si 1200 patients sont opérés, la consultation augmentera

proportionnellement d'autant. Les freins résiduels à l'augmentation de l'activité du bloc opératoire vont être les freins en termes de disponibilité des lits à l'étage. L'information nécessaire afin de constituer cet indicateur est disponible auprès d'Alex Parfonry (direction de site).

KPI 4. Nombre d'admissions aux urgences

Selon Aunac, il ne s'agit pas d'un indicateur pertinent. Son nombre dépend trop des activités des personnes en externe. L'influence qu'on peut porter sur un tel indicateur semble minime.

Néanmoins, l'équipe de travail 23.1 estime que l'indicateur reflète la performance de l'objectif stratégique poursuivi. Il est donc maintenu à la liste de KPI finale.

KPI 5. Nombre d'interventions chirurgicales

Cet indicateur semble pertinent. Par ailleurs, il vise à motiver le personnel en lui fournissant des comparaisons par rapport à une situation antérieure.

Pour le moment, la secrétaire du bloc opératoire recense, sous format papier, le nombre de patients qui sont passés par le bloc opératoire. L'initiative apportera un outil informatique qui optimisera cette collecte de données.

KPI 6. Taux d'utilisation des appareils de radiologie

Un tel indicateur peut être utile à la gestion du bloc opératoire. En effet, il permettra de redéployer le matériel sur les autres sites qui en ont plus besoin. Aunac précise que pour être pertinent, ce KPI doit porter sur les appareils de radiologie du bloc opératoire et non pas sur les appareils du service de radiologie.

Concernant les données disponibles, selon Aunac, il n'y en a pas en tant que telles. Néanmoins, on pourrait les obtenir au moyen du libellé de l'intervention. Avec l'introduction de l'outil informatique, ces données seront disponibles et s'inscriront dans la gestion de l'agenda du bloc opératoire.

KPI 7. Taux d'occupation des salles de consultations

Cet indicateur est utile dans la mesure de l'objectif stratégique. Toutefois, Aunac précise qu'il n'est pas un intervenant direct dans la mesure de l'efficacité du bloc opératoire. En effet, le bloc opératoire est un milieu très fermé. Tout ce qui y est externe, a une faible influence sur sa gestion mis à part la stérilisation.

KPI 8. Taux d'occupation des salles opératoires

Cet indicateur est très pertinent. Madame Aunac explique qu'aujourd'hui ces données sont collectées de façon manuelle entre la chef du bloc opératoire et elle-même. Dès qu'une salle se libère parce qu'une intervention a été plus courte, parce qu'un patient a été supprimé, les moyens sont réalloués. Et cela est rendu possible grâce à l'interaction entre le personnel médical et infirmier. Malheureusement, qui dit traitement manuel, dit beaucoup de perte de temps. L'outil informatique permettra encore une fois d'agir plus efficacement et de gagner du temps. L'idéal serait d'obtenir un tableau visuel retraçant la progression des interventions. Cela permettrait de voir la salle qui va poser problème, celle qui va se libérer plus tôt et réaliser ainsi des permutations à l'instar du jeu des chaises musicales. Ce sera un outil de travail quotidien et de mesure de l'efficacité et de son d'amélioration ; et cela quel que soit le bloc opératoire. La performance logistique d'un tel outil permettrait même des interactions avec les étages.

En résumé, les réserves de madame Aunac sur la pertinence de certains indicateurs (2 et 4) peuvent s'inhiber du fait que l'initiative 17.2 n'ait pas encore débuté. Qui plus est, étant donné la reprise du projet par la société de consultance, Antares et avant que ce dernier ne subisse une restructuration, il a été décidé avec l'équipe projet 23.1 de maintenir la liste des huit KPI préalablement établie.

Objectif Stratégique 18 : Développer les synergies des services généraux et supports

Aucune initiative n'ayant débuté pour cet objectif stratégique 18, les deux KPI retenus seront proposés à Messieurs Schietecatte (responsable achat), Taquet et Rary pour approbation.

18.1	Analyser les processus des services supports pouvant être mutualisés entre les différents sites de l'INDC et/ou avec les hôpitaux concurrents: achats, etc.
18.2	Mutualiser les services généraux de l'institution en interne
18.3	Initier les contacts avec les hôpitaux concurrents pour la mutualisation des services et définir avec eux les modalités de collaboration

Il est à noter qu'actuellement, le budget achat annuel représente approximativement 100 millions d'euros en englobant la pharmacie (Rary).

KPI 1. Nombre de commandes mutualisées passées par le service achat

KPI 2. Coût de gestion pour chaque service général et supports

Objectif Stratégique 19 : Améliorer les relations avec les médecins référents

L'objectif stratégique 19 comporte les trois initiatives suivantes dont deux ont débuté : la 19.1 et la 19.2. Ces dernières ont chacune été subdivisées en deux parties liées à chacun des deux groupements que composent l'INDC (CHTN et CHJL). Comme le fait remarquer le docteur Ravoet, responsable des initiatives 19 liées aux CHJL : *« Les deux populations de généralistes étant différentes, nous nous intéressons à des particularités locales, à des besoins locaux et des acteurs locaux. Donc, c'est assez logique de traiter les sites individuellement. Ce sont des initiatives qui sont développées en parallèle et qui n'ont pas à ma connaissance d'acteurs communs. »*

19.1a	Mettre en place une culture de relations avec les médecins référents sur le CHTN
19.1b	Mettre en place une culture de relations avec les médecins référents sur le CHJL
19.2a	Définir un guide des bonnes pratiques avec les médecins référents et l'étendre à l'ensemble des services de l'institution CHTN

19.2b	Définir un guide des bonnes pratiques avec les médecins référents et l'étendre à l'ensemble des services de l'institution CHJL
19.3	Mettre en place un accès « médecin référent » sur le site internet de l'INDC

Les initiatives 19.1 et 19.2 débouchent l'une sur l'autre. Elles ont débuté il y a quelques mois seulement. Les projets 19.1b et 19.2b étaient supervisés par Monsieur Beauduin. Ce dernier a développé deux groupes de travail comprenant trois à quatre médecins généralistes référents : l'un sur Lobbes, l'autre sur Jolimont. Le but de ces initiatives est de déterminer l'attente des médecins généralistes par rapport à l'hôpital et ce dans quelles que domaines que ce soit. Cela peut aller d'un aspect purement médical à un aspect plus administratif ou plus pratique.

Pour l'instant, deux axes principaux ont été mis en évidence par ces initiatives : d'une part, la perception et la satisfaction des besoins des médecins référents ; d'autre part, la présentation aux généralistes des avancées attendues suite à la mise en place du plan stratégique « Regard 2015 ».

Quant aux éléments mesurables, Ravoet propose :

- La vitesse d'échange d'informations entre l'institution et les médecins référents.
- Le taux de satisfaction des généralistes
- **Le degré d'utilisation de la ligne rouge**³¹

Ce dernier indicateur sera ajouté à la liste des KPI servant à mesurer l'objectif stratégique référent ; au même titre que l'indicateur suggéré par l'équipe 23.1, à savoir : **le nombre d'invitations à destination des médecins référents.**

En ce qui concerne les indicateurs, quatre ont été préalablement définis pour cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les KPI jugés pertinents par nos répondants.

³¹ C'est une ligne dédiée aux médecins qui leur permettra un accès aisé et l'obtention de mises au point rapides.

KPI 1. Taux de satisfaction des médecins référents

Cet indicateur est pertinent et a été mentionné spontanément par le docteur Ravoet. Il précise la nécessité de sonder régulièrement les généralistes sur leur désidératas afin d'accroître l'efficacité de leurs interactions et de leur collaboration avec l'institution.

KPI 2. Nombre de patients adressés par des médecins référents

Cet indicateur semble moyennement pertinent. Selon Ravoet, il serait trop volatile : *« Imaginons qu'un généraliste arrête son activité ou qu'il décède, les chiffres vont beaucoup bouger en fonction du fait qu'il envoyait ses patients à Tivoli ou ici ».*

De plus, la source de l'envoi du patient est très difficile à identifier. Le généraliste peut influencer le choix de ses patients mais ces derniers auront toujours le dernier mot. De plus, le généraliste n'adresse qu'une proportion limitée de ses patients à hospitaliser. Tous les généralistes ont des patients qui vont dans les deux hôpitaux. Du coup, la seule façon de connaître l'état d'esprit du généraliste par rapport à l'institution, c'est via des enquêtes d'opinion. Un lien de causes à effets pourrait alors être établi entre la satisfaction du généraliste vis-à-vis d'un service particulier et le fait qu'il y envoie sa patientèle ou non.

KPI 3. Nombre de connexions par médecin référent à leur page dédiée sur le site internet

Avant de mettre en place ce type d'indicateur, le site internet doit permettre aux généralistes d'y trouver quelque chose d'intéressant. A ce titre, il peut s'agir d'accès au dossier des patients ou à des informations d'ordres médicales (ces informations ne seraient pas accessibles à la population).

Toutefois, selon Ravoet, cet indicateur ne mesurera que la satisfaction des généralistes par rapport au site internet qui leur est dédié. Ils seront peut-être satisfaits de l'outil par les services qu'il offre. Mais cela ne signifie pas qu'ils sont forcément satisfaits de l'hôpital.

KPI 4. Pourcentage de décès communiqués dans les délais au médecin référent

Théoriquement, cet indicateur peut être intéressant. Mais en pratique, c'est tout autre chose. En effet, il est difficile de déterminer en combien de temps le médecin généraliste est prévenu car cette information n'est pas documentée.

Toutefois, si une procédure est mise en place dans laquelle est spécifiée qu'à chaque décès, via le dossier informatisé, un mail ou un sms doit être envoyé par l'institution, le taux de l'indicateur sera de 100%. Par conséquent, la question ne se pose plus.

De plus, cet indicateur ne se focalise que sur une mesure de la satisfaction par rapport à la qualité d'un service. Cette satisfaction du généraliste est ici évaluée par rapport aux délais d'alerte et par rapport à la convivialité de l'outil employé. Cela ne veut pas dire encore une fois qu'il est satisfait de l'hôpital.

En récapitulatif, il a été décidé en accord avec l'équipe projet 23.1 de conserver les indicateurs suivants : 1, 2 et 4. Le KPI 3, qualifié de non pertinent, a été supprimé. De plus, deux nouveaux KPI sont venus se greffer à la liste, à savoir : le taux d'utilisation de la ligne rouge et le nombre d'invitations à destination des médecins référents.

Objectif Stratégique 20 : Améliorer le positionnement des polycliniques sur le territoire

L'objectif stratégique 20 se décompose en deux initiatives dont une a débuté. Toutefois, les personnes responsables n'ont pas répondu présent à l'appel afin d'argumenter le choix des indicateurs stratégiques.

20.1	Développer les polycliniques CHJL et CHTN
20.2	Développer des formes novatrices de collaborations entre les médecins référents et les polycliniques INDC

Le positionnement territoriale des polycliniques se révèle être une décision stratégique importante. Ces dernières représentent une opportunité de croissance des parts de marché. Il en existe quatre au sein de l'hôpital et huit à l'extérieur. Elles représentent, en quelque sorte, une vitrine de proximité pour l'hôpital qui agit ainsi à un échelon local.

Suite à cette analyse, lors de la dernière réunion 23.1, la liste des indicateurs préalablement constituée, a été remodelée.

KPI 1. Nombre de consultations par spécialités et par polycliniques
KPI 2. Nombre de collaboration entre médecins référents et polycliniques de l'INDC
KPI 3. Nombre de patients hospitalisés à l'INDC grâce aux collaborations médecins référents-polycliniques.

Les deux derniers indicateurs ont été supprimés au profit de deux autres plus représentatifs de l'objectif stratégique à mesurer : **la part de marché des polycliniques répartie par commune** ; et une mesure d'attractivité : **le nombre de consultations réparties par commune d'origine du patient**. Ces trois KPI seront proposés à Monsieur Kaivers pour approbation.

Objectif Stratégique 21 : Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques

L'objectif stratégique 21 comporte les trois initiatives suivantes dont deux ont débuté : la 21.1 et la 21.3. Toutefois, aucune information relative à l'initiative 21.3 n'a pu être récoltée due à une non-participation des responsables.

21.1	Définir un organigramme et des descriptions de postes pour les cadres (responsables d'équipe) : niveau de décentralisation des décisions
21.2	Définir un plan de formation centralisé et individualisé
21.3	<i>Mettre en place un modèle de direction par objectifs</i>

L'initiative 21.1 vise à définir : d'une part, l'organigramme, c'est-à-dire un graphique représentant la structure de l'organisation avec ses divers éléments et relations ; d'autre part, un descriptif de fonction visant à rassembler tout ce qui existe et à l'afficher dans le logiciel VISIO. En d'autres termes, l'objectif est de comprendre le schéma de l'entreprise et ses liens. De plus, cela devrait permettre à tout un chacun d'avoir une vision claire des **rôles et tâches** attribués à chaque fonction.

La responsable des ressources humaines en charge de cette initiative, Véronique Guilmot, m'explique : « *qu'il faudrait réaliser un organigramme générique et ensuite percoler vers le bas pour chaque entité* ». Une fois ces organigrammes créés, il sera pertinent de connaître le taux de satisfaction sur la compréhension de ceux-ci.

Enfin, cinq KPI ont été préalablement associés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les KPI jugés pertinents par nos répondants.

KPI 1. Pourcentage de poste possédant un descriptif de fonction

Il ressort de l'entretien qu'actuellement 70% des postes disposent d'un descriptif de fonction. À terme, l'institution vise les 100 %.

KPI 2. Nombre d'organigrammes définis

Cet indicateur semble intéressant selon Guilmot.

KPI 3. Nombre d'heures de formation proposées par an et par personne

KPI 4. Nombre d'heures de formation réalisées par an et par personne

Ces deux indicateurs ne semblent pas pertinents dans la mesure de l'objectif stratégique poursuivi. De plus, l'équipe 23.1 l'identifie plutôt comme pertinent pour l'objectif stratégique 24.

KPI 5. Montant annuel des primes attribuées par objectif

Madame Guilmot n'a pas trouvé cet indicateur pertinent. Toutefois, l'équipe projet 23.1 a décidé de conserver cet indicateur car il caractérise adéquatement l'initiative 21.3.

Bref, parmi ces cinq indicateurs, seul les deux premiers KPI ont été jugés pertinents par madame Guilmot. Dès lors, en accord avec l'équipe projet 23.1, il a été convenu de les laisser dans la liste finale de KPI et de maintenir le dernier qui avait été écarté par celle-ci.

Objectif Stratégique 22 : Développer les TIC³²

L'objectif stratégique 22 comporte les trois initiatives suivantes dont une seule a débuté : la 22.3 qui semble la plus lourde en termes d'implémentation.

22.1	Renforcer les équipes du service informatique et structurer les projets informatiques
22.2	Mettre en place une stratégie d'investissements TIC coordonnée sur les sites

³² Les technologies de l'information et de la communication

La mission de l'initiative 22.3 est d'harmoniser le dossier patient informatisé et de rendre l'information accessible à tous (interne et externe). L'initiative a débuté en 2010 et devrait s'achever en 2014. Cette initiative devrait faciliter le travail aux quotidiens des aides-soignants et leur fournir une assistance dans la progression de la procédure mise en place.

Monsieur Contor, responsable de cette initiative, a suggéré les données mesurables suivantes:

- le taux d'utilisation de l'outil : Pour l'instant, ce sont des données papiers, à l'exception d'une partie de l'unité qui utilise le logiciel MEDAR qui propose un dossier médical. Il en est de même pour les dossiers infirmières. Tout est encore sur papier. Pourtant, selon Contor, c'est là qu'il y aura le plus de faits mesurables.
- Des mesures temporelles pourraient être prises entre les moments où le dossier est entamé, où la personne s'en va et la clôture du dossier. Cela viserait à mesurer l'efficacité générale à clôturer les dossiers de manière administrative. A terme, cela devrait aboutir à l'uniformisation du dossier entre les services, ce qui n'est pas forcément le cas actuellement.
- Le taux de satisfaction du personnel : par rapport à l'utilisation de l'outil proposé.
- Un indicateur économique : nombre d'équivalent temps-plein gagnés grâce à l'informatisation.

Monsieur Ravoet, qui est le sponsor de cette initiative, affirme que l'attente est énorme au niveau du monde médical et infirmier. Ce dernier espère que le premier serveur résultat sera opérationnel à l'automne prochain. Puis, la numérisation du papier suivra ainsi que la prescription des médicaments en mars. Enfin, l'informatisation des unités, au nombre de quarante, se fera à concurrence de deux par mois.

Afin d'évaluer cet objectif stratégique, quatre KPI ont préalablement été mis en exergue. Découvrons au travers de cette analyse, les KPI jugés pertinents par nos répondants.

KPI 1. Taux de satisfaction du personnel

Cet indicateur est capital pour un service de support. Le docteur Ravoet précise que le DPI sera mis en place de manière progressive. Dès lors, un délai de six mois après l'implantation du DPI semble raisonnable avant d'entamer les enquêtes de satisfaction auprès du personnel. Comme le signal Serge Contor, l'intégration de cette technologie dans l'hôpital va : d'une part, simplifier les tâches administratives grâce à une automatisation ; d'autre part, accroître la disponibilité d'information qui se veut également orientée vers l'extérieur. Par exemple, si des personnes sont de garde, elles auront accès à l'information. En outre, le nombre de personnes qui utilisent le service mis à disposition, n'est pas une mesure de leur capacité à fournir le service. C'est une mesure de l'intérêt pour ce service.

KPI 2. Montant des investissements alloués par site pour le développement des TIC

Les investissements sont essentiels car ils représentent l'ensemble des ressources que ce soit en termes de personnel que de matériel. Néanmoins, Contor souligne que ce ne sont pas les investissements qui mesurent la bonne mise en œuvre des TIC. Ils ne joueraient qu'un rôle de subsidie. Dès lors, le taux d'investissement n'est pas un résultat de l'amélioration des TIC alors que la satisfaction du personnel en est un.

Quant au docteur Ravoet, il ne trouve pas vraiment l'indicateur pertinent. Selon lui, il n'est pas aisé de tirer des conclusions sur base d'un montant investi. En effet, l'apport financier peut fluctuer fortement. Lorsque l'institution achète son DPI, les montants investis sont importants. L'année suivante, ils risquent de l'être nettement moins. Le sponsor précise qu'en grande mutation informatique, cela va représenter 5 à 6% du chiffre d'affaire de l'hôpital. En temps normal, l'informatique coûte 2 à 3% du chiffre d'affaire de l'hôpital.

Toutefois, l'équipe projet 23.1 souhaite conserver cet indicateur car il reflète l'initiative 22.2 non encore débutée.

KPI 3. Nombre de patients suivi par télémedecine

Le docteur Ravoet définit la télémedecine comme suit : « *le nombre de gens auquel on répond au travers d'un site, par téléphone, par e-mail ou par chat. C'est un interlocuteur qui va répondre à vos questions et vous suivre virtuellement* ». Ce dernier se pose des questions

éthiques par rapport à la télémédecine. Il précise que cela nécessite des personnes très compétentes et prudentes dans l'orientation des personnes.

Selon Contor, cet indicateur a plutôt la forme d'un objectif générique sur l'ensemble des TIC qui est dépendant du développement technologique.

KPI 4. Pourcentage de personnel médical et infirmier utilisant les services de télémédecine sur leur téléphone portable

Selon Contor, à l'instar du KPI précédent, l'évolution de cet indicateur ne va pas être progressive. On va passer d'un stade zéro à l'aboutissement d'un processus mais ce ne sera pas progressif. L'indicateur ne serait donc pas pertinent sur le long terme. De plus, il n'est pas garanti que le développement de chaque processus spécifique, à chaque service ou activité, soit potentiellement mis sur PDA. Cela va dépendre du besoin réel d'utiliser un PDA. Une série d'outils sont déjà mis à disposition des opérateurs. En théorie, ils ne devront pas travailler sur leur téléphone portable. En effet, celui-ci n'est pas forcément le plus adapté pour leur tâche.

Dès lors, avant l'utilisation de tablettes ou de technologies qui sont plus pointues, Contor suggère de reculer d'un pas en préconisant l'indicateur suivant : **les taux d'utilisation de l'e-mail et des agendas électroniques** dans l'hôpital.

En résumé, l'équipe 23.1 maintient pour leur pertinence les trois premiers KPI à la liste finale, même si nos répondants ont émis certaines réserves quant au KPI 3. Concernant le dernier KPI, il y a convergence d'opinions entre les répondants et le groupe 23.1. Il n'a donc pas été retenu. La suggestion faite par monsieur Contor n'a pas été gardée car jugée insuffisamment représentative du développement des TIC. Le lien de causes à effets peut, en effet, être fortement biaisé.

Objectif Stratégique 23 : Assurer un pilotage proactif de l'institution

L'objectif stratégique 23 compte les deux initiatives suivantes dont une seule a débuté. Il s'agit de l'initiative 23.1³³ dans le cadre de laquelle ce mémoire s'inscrit. J'ai fait partie de

³³ En annexe 10, il est possible de retrouver l'ensemble des personnes participant à cette initiative

l'équipe de ce projet durant la période de mon stage. Comme expliqué en introduction, mon rôle a été au sein de cette équipe, d'établir les indicateurs stratégiques permettant de mesurer les objectifs stratégiques de l'institution.

23.1	<i>Mettre en place des tableaux de bord pour les services et les directions</i>
23.2	Mettre en place une politique d'innovation proactive

Cette initiative 23.1 a trouvé sa place dans la carte stratégique suite aux diagnostics suivants :

- L'absence de systèmes d'information orientés à la gestion opérationnelle et stratégique ne permet pas un pilotage de l'institution proactif et anticipatif.
- Le système d'information génère beaucoup de données mais leurs transformations en information apparaissaient insuffisantes. Ceci limitait le potentiel de décision du Comité Directeur et rendait difficile le suivi des processus clés.

Donc, les applications de gestion opérationnelle et stratégique devaient être renforcées ; en particulier celles destinées à favoriser le pilotage de l'institution.

Dans le but de répondre à ces deux axes de gestion, une carte stratégique basée sur le modèle de la BSC a été conçue. Des tableaux de bord de gestion opérationnelle ont été élaborés à destination des institutions, des directions médicales et de soins, des blocs opératoires, des radiologies, des laboratoires, etc.

L'exploitation de la base de données de l'institution représente un facteur critique de succès pour cette initiative. En effet, cette centralisation d'informations doit être réalisée de manière efficace et efficiente afin de permettre aux responsables IT de réaliser des requêtes, parfois complexes, visant à répondre aux besoins des deux axes de gestion précités.

Les KPI retenus par l'équipe de travail 23.1 afin d'évaluer l'atteinte de l'objectif stratégique, s'articulent en trois phases :

- i. La définition des tableaux de bord
- ii. La diffusion des tableaux de bord
- iii. L'observation des résultats engendrés par les tableaux de bord

KPI 1. Nombre de tableaux de bord produits
KPI 2. Taux d'utilisation des tableaux de bord

Le premier indicateur est pertinent en vue de déterminer le nombre de tableaux de bord définis. Quant au deuxième KPI, il a été reformulé pour mieux correspondre à la seconde phase décrite plus haut : **le taux de diffusion des tableaux de bord**. Enfin, un troisième KPI sera constitué afin de répondre respectivement à la 3^{ème} phase : **le nombre de résultats améliorés par le biais des tableaux de bord**.

Objectif Stratégique 24 : Potentialiser l'ensemble des collaborateurs

L'objectif stratégique 24 est constitué de cinq initiatives dont une seule a débuté : la 24.2. Il est à noter que l'initiative 24.3 est sur le point de démarrer avec Madame Guilmot comme chef de projet.

24.1	Mettre en place une gestion, une planification et un recrutement du personnel
24.2	Valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel de l'institution
24.3	Développer la responsabilisation du personnel
24.4	Assurer le dialogue dans l'institution
24.5	Mettre en place une politique de valorisation des collaborateurs

L'initiative 24.2, codirigée par Yamina Hamache et Véronique Guilmot, consiste à valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel des institutions. En d'autres termes, l'objectif est d'amener l'ensemble des collaborateurs à développer les compétences spécifiques métiers en leur proposant un plan de formation en adéquation avec les différents besoins qui auront été identifiés, notamment pour l'utilisation de *nouvelles machines* ou la maîtrise d'une *nouvelle technologie*.

L'initiative est matérialisée au travers d'un catalogue qui reprend l'ensemble des formations proposées par l'institution. Que celles-ci soient légiférées ou pas, elles ont pour vocation de s'adresser à tous. Bien évidemment, l'accessibilité à ces formations devra faire l'objet d'un arbitrage au gré des circonstances. En effet, il serait préjudiciable qu'une équipe

entière soit en formation au même moment. En fonction du type et du coût des formations³⁴, elles pourront faire l'objet d'un remboursement (partiel ou total). Plus spécifiquement, le département infirmier est *légiféré* et *structuré*. Cela lui permet de recevoir un budget alloué par le budget moyen financier (BMF). Cela n'est pas le cas pour les autres départements : maintenance, administratif, RH, etc.

De plus, à l'instar de ce qui fut mentionné plus haut à l'initiative 8.1 avec les formations liées à l'accueil, le processus d'évaluation pourrait se dérouler en deux phases : « à chaud » et « sur le terrain ».

Par ailleurs, la constitution de **la cellule formation** se déroule en trois phases :

- La première, de février 2011 à août/septembre 2011, est une phase de récolte des données et une description de ce qui est déjà fait au sein de l'institution.
- La deuxième étape, de septembre 2011 à mars 2012, vise à analyser les besoins via :
 - i. les enquêtes : les responsables de services qui demandent des formations.
 - ii. les formations existanteset à mettre en avant des compétences particulières de certains collaborateurs (linguistiques, ...)
- La dernière phase est en cours. Elle a pour objectif de proposer des fiches via un **catalogue de formations** complétées sur base des besoins.

Pour rappel, quatre KPI sont associés à cet objectif stratégique. Découvrons au travers de cette analyse, les indicateurs qui semblent pertinents à nos répondants parmi les quatre préalablement définis.

KPI 1. Age moyen du personnel (médical, infirmier, administratif, support,...)
--

Le critère d'âge n'est pas pertinent. Selon Guilmot, il est même discriminant. En effet, on vise avant tout les métiers.

³⁴ Budget non défini

KPI 2. Nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel

Cet indicateur est également pertinent. L'information nécessaire à son élaboration est disponible dans le bilan social³⁵ réalisé par Madame Guilmot.

KPI 3. Nombre de staff interdisciplinaires
--

KPI 4. Nombre de réunions dans chaque service

Après concertation avec l'équipe projet 23.1, il a été convenu de rassembler ces deux indicateurs pour n'en former qu'un seul : **Le nombre de réunions interdisciplinaires³⁶ dans chaque service.**

Selon Hamache, cet indicateur est pertinent car ces réunions scientifiques permettent la formation permanente en interne. Dès lors, ces échanges professionnels répondent bien à l'objectif stratégique visant à potentialiser l'ensemble des collaborateurs. Toutefois, il faut contraster la pertinence du nombre fourni par cet indicateur car il est soumis aux performances respectives des différents binômes staff : médecin-infirmière. Hamache estime ce nombre à six par an. Elle nomme Nadine Todeschini comme personne de contact à l'obtention d'une valeur plus précise.

En récapitulatif, deux KPI sont rattachés in fine à cet objectif stratégique : le nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel et le nombre de réunions interdisciplinaires dans chaque service. Le critère d'âge a été supprimé pour des raisons de non-pertinence et de discrimination.

Objectif Stratégique 25 : Aligner les investissements avec le plan stratégique

L'objectif stratégique 25 se compose de deux initiatives dont une a débuté : la 25.1. Celle-ci est dirigée par Monsieur Kaivers. Étant donné son statut d'administrateur délégué, aucun sponsor n'a été dédié à cette initiative.

25.1	<i>Analyser les besoins d'investissements générés par le plan stratégique</i>
------	---

³⁵ Le bilan social permet d'obtenir les informations relatives aux nombres d'heures passées en formation par le personnel.

³⁶ C'est une réunion formative et informative qui regroupe plusieurs disciplines autour d'une thématique.

25.2	Définir un programme des besoins d'infrastructures/investissements et un plan fonctionnel des différentes structures
------	--

Par ailleurs, il n'y a qu'un seul KPI défini pour mesurer l'objectif stratégique et celui-ci, de par sa clarté, a été approuvé par l'équipe 23.1.

KPI 1. Pourcentage des investissements prévus par le plan stratégique réalisés

Objectif Stratégique 26 : Améliorer le volet hôtelier des sites

L'objectif stratégique 26 comporte deux initiatives dont une a débuté : la 26.1.

26.1	Renforcer le confort des patients CHJL et CHTN
26.2	Développer l'offre de chambres individuelles

Cette dernière a pour but d'améliorer l'offre de confort du patient de façon à se positionner dans l'environnement hospitalier. Cette offre de confort doit être un critère de différenciation par rapport aux autres hôpitaux. Comme le déclare le chef de cette initiative, Alain Bouchez, l'impact de cette initiative est au bénéfice du patient même si les acteurs sont les professionnels. Ce dernier m'a proposé quatre éléments mesurables (un qualitatif et trois quantitatifs) à destination de l'objectif stratégique :

- Mesure qualitative : **le degré de satisfaction du patient**
- Mesures quantitatives :
 - **le nombre de chambres qui ont une douche**
 - **la proportion de lits électriques**
 - **le nombre de menus proposés**

L'indicateur de type qualitatif faisait partie de la liste constituée au préalable. Il existe donc une convergence d'opinions sur la pertinence de cet indicateur. Concernant les trois autres de type quantitatif, ils ont été soumis à l'équipe projet 23.1 qui les a approuvés comme pertinents. Bouchez précise que les données nécessaires à leur élaboration existent mais ne

sont pas encore exploitées faute d'écart à calculer entre deux périodes de temps. Découvrons au travers de cette analyse la pertinence des deux indicateurs suivants.

KPI 1. Taux de satisfaction des patients

Comme mentionné précédemment, cet indicateur est tout à fait pertinent. Le questionnaire visant à recueillir les enquêtes de satisfaction a été réalisé par un consultant, la société MEDSOC, qui est également chargé d'en extraire les données grâce à un encodage structuré.

KPI 2. Pourcentage de chambres individuelles sur chaque site

Selon Bouchez, cet indicateur ne vaut rien s'il n'est pas confronté à la demande du patient. Il est donc nécessaire de mettre en rapport le nombre de demandes de chambres individuelles qui ne sont pas satisfaites. Par exemple, s'il y a 80% de chambres particulières dans un service, cela ne signifie pas pour autant que les attentes en termes de confort du patient soient satisfaites. En effet, si la demande en chambre individuelle est faible, le critère ne représente pas forcément une plus-value en termes de confort pour le patient.

Néanmoins, l'équipe 23.1 n'est pas du même avis et pense que les chambres individuelles apportent une plus-value indéniable en termes de confort. Les raisons d'une faible allocation de ces chambres résident peut-être dans la situation financière de la patientèle.

En conclusion, les deux mesures initialement définies ont été retenues en accord avec le groupe 23.1. Les trois éléments de mesure suggérés par monsieur Bouchez ont également été ajoutés à la liste finale, à savoir : le nombre de chambre équipées de douche, le taux de lits électriques, le nombre de menus proposés.

Objectif Stratégique 27 : Promouvoir la valeur ajoutée de l'institution

Enfin, l'objectif stratégique 27 a trois initiatives dont une a débuté : la 27.1.

27.1	Elaborer un plan de communication autour de l'INDC (affiches, campagne internet, logo, slogan,...)
------	--

27.2	Mettre à disposition les bons résultats sur le site internet de l'INDC
27.3	Ouvrir l'institution à destination des médecins généralistes et de la population (visite de site, portes ouvertes, présentations aux familles,...)

L'initiative 27.1 a pour objectif premier de valoriser l'image de l'INDC aussi bien en interne qu'en externe, sur base d'actions de communication. Le projet consiste donc à élaborer un plan stratégique de communication sur lequel l'institution pourra s'appuyer par la suite en vue de développer des plans d'actions annuels. Le but recherché est vraiment d'accroître la visibilité des institutions de l'INDC.

D'un point de vue externe, cette initiative va permettre aux patients d'avoir une meilleure connaissance de l'offre de soins et de services des institutions. En interne, elle va améliorer la connaissance de l'ensemble des collaborateurs, personnel et médecins sur les actions menées par l'INDC. Le public cible est donc composé en interne : des partenaires, des médecins généralistes, ... et en externe, du grand public, à savoir : les patients, les résidents et leur entourage.

Delphine Deneufbourg, la responsable communication de l'INDC, n'est qu'au stade de la définition des plans d'action à mettre en place. Elle n'a pas encore défini d'indicateurs par action. Elle propose tout de même deux indices de mesures :

- Le taux de visite par jour (site web)
- Le taux de lecture

Ce premier indicateur fait partiellement partie de la liste de KPI préalablement constituée. La pertinence est donc convergente. Concernant le second, il semble plus difficile à obtenir et devrait se collecter via des sondages et « petits test sympas » sur l'interface web elle-même. Découvrons au travers de cette analyse la pertinence des six indicateurs suivants.

KPI 1. Nombre de plaquettes réalisées

Selon Deneufbourg, cet indicateur n'est pas pertinent car certains services réalisent parfois des plaquettes d'information sans même réfléchir à l'objectif de ces dernières. Elle déclare : « *On aurait beau avoir 150 plaquettes d'information, ce n'est pas pour autant qu'on a atteint notre objectif qui consiste à promouvoir l'institution et sa valeur ajoutée* ». Ce n'est

donc pas le nombre de plaquettes mais plutôt la qualité de la réflexion générale et stratégique destinée aux plaquettes qui apportera une plus-value.

KPI 2. Nombre de communiqués de presse réalisés par an

Cet indicateur semble pertinent car il reflèterait le nombre d'images donné à l'institution par rapport à des projets spécifiques. Deneufbourg nuance tout de même cet indicateur en précisant qu'il doit être en lien avec la répercussion dans la presse : *« Si nous faisons 10 communiqués de presse par mois et qu'au final, il n'y a qu'un seul article qui en découle, il y a alors lieu de repenser la façon dont nous communiquons. »*

En outre, Delphine Deneufbourg, récolte à titre informatif et personnel le nombre de parutions de l'institution dans la presse suite à des communiqués de presse. Cette information pourrait se révéler utile à la constitution de l'indicateur.

KPI 3. Nombre de visite mensuelle sur la page « bons résultats » du site internet de l'INDC

Cette page n'existe pas encore. Selon Deneufbourg, cet indicateur devrait faire partie d'une mesure plus globale comme cité précédemment : **le nombre de visiteurs sur le site internet**. A l'heure actuelle, ces informations ne sont donc pas disponibles.

KPI 4. Nombre de journées portes ouvertes par an

Il s'agit d'un bon indicateur mais au-delà du nombre de journées, il faut surtout s'intéresser au nombre de visiteurs par journée. Cinq à six journées portes ouvertes sont organisées par an. Cela comprend également les dépistages où les personnes viennent s'informer sur le tabac, où l'institution réalise des tests pour le diabète, etc. Idéalement, l'objectif, tout site confondu, serait d'organiser dix événements par an. De plus, le nombre de visiteurs est quantifiable. Cela a déjà été fait dans le cadre d'événements importants, en comptant par exemple le nombre de Bic donnés aux visiteurs.

KPI 5. Nombre de formations à destination des médecins par an

Le terme formation portant à confusion, l'équipe 23.1 a renommé ce dernier: **Nombre d'évènements à destination des médecins par an**. Cet indicateur doit donc être compris de la façon suivante : le nombre d'activités ou de réunions scientifiques sur des thématiques

précises où les médecins d'institution et les médecins généralistes sont invités. À l'instar du KPI précédent, il est aussi pertinent de connaître le taux de fréquentation de ce genre de rencontre.

KPI 6. Nombre d'associations de malades accueillis dans les locaux de l'INDC

Cet indicateur peut être intéressant, comme l'explique la responsable en communication de l'institution : *« aujourd'hui, il n'y en a pas. C'est intéressant parce que cela concerne des associations bien organisées qui ont des canaux de communication propres. Cela permettrait donc de créer des liens avec elles. Et donc, d'élargir encore plus notre public cible »*.

En conclusion, sur ces cinq indicateurs, seul le premier a été enlevé de la liste définitive du fait de sa faible pertinence. De plus, deux KPI ont été reformulés en accord avec l'équipe projet 23.1. Le KPI 3 devient donc : le nombre de visite mensuelle du site internet de l'INDC. Quant au KPI 5, il est désigné comme suit : le nombre d'événements à destination des médecins par an.

Ceci clôture donc la phase d'analyse. Une liste complète et définitive des KPI retenus est jointe à la suite de ce mémoire. Elle résume l'analyse qui vient d'être menée sur base des différents entretiens avec les responsables et sponsors de projet ainsi que sur base de la dernière réunion avec l'équipe de l'initiative 23.1.

	Objectifs Stratégiques	KPI 1	KPI 2	KPI 3	KPI 4	KPI 5	KPI 6	KPI 7	KPI 8
1	Être l'institution de confiance, leader dans la région d'influence, qui accompagne la population dans toutes les étapes de la vie	Parts de marché des différentes spécialités médicales	Nombre d'admissions en hospitalisation conventionnelle pour les patients provenant du bassin de la patientèle	Nombre d'admissions en hospitalisation de jour pour les patients provenant du bassin de la patientèle	Nombre d'admissions par les services d'urgence pour les patients provenant du bassin de la patientèle	Nombre de consultations pour les patients provenant du bassin de la patientèle	Pourcentage de médecins généralistes adressant leurs patients à l'INDC		
2	Assurer des résultats financiers afin de développer l'institution de façon durable et efficiente	Volume d'honoraires produit par spécialité	Nombre de journées inappropriées par spécialité	Ratio journées facturées / journées justifiées par spécialité	Résultat d'exploitation par site	Marge brute d'exploitation par site	Budget d'investissement (Immobilier; Médical; Informatique)		
3	Offrir une prise en charge complète, sécurisée, de qualité, et adaptée aux besoins de la patientèle	Taux de satisfaction des patients	Nombre d'itinéraires cliniques en application	Nombre de patients pris en charge par les cliniques monothématiques (total et nouveaux)	Taux de mortalité par an	Taux d'escarres par an	Taux de chutes par an	Taux d'infections nosocomiales par an	
4	Développer la coopération et la prise en charge conjointe avec les médecins référents	Taux de satisfaction global des médecins référents vis-à-vis de l'institution	Nombre de patients provenant du bassin de patientèle envoyés par les médecins référents	Nombre de projet impliquant les médecins référents par an					
5	Assurer l'efficience des prestations autour d'un réseau de soins coordonné et développer les innovations	Nombre de patients pris en charge en clinique monothématique (total et nouveaux)	Nombre de patients pris en charge dans les unités de « pré-revalidation » par site	Nombre de patients pris en charge dans les unités de « court-séjours » par site	Nombre de processus transmuraux (trajets de soin)	Nombre de participations à des projets-pilotes			
6	Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients	Taux de satisfaction des patients	Temps d'attente et délai de prise de rendez-vous	Le nombre de plaintes	Niveau d'engorgement des étages	Niveau d'engorgement des urgences	Nombre de places de parking		
7	Améliorer la qualité et la sécurité des patients	Nombre d'erreurs médicamenteuses	Nombre d'escarres	Nombre de chutes	Nombre d'infections nosocomiales	Nombre d'erreurs d'intervention par mauvaise information préalable	Nombre d'itinéraires cliniques en application	Pourcentage de la patientèle muni du bracelet d'identification	La consommation et l'achat des bracelets par unité de soins
8	Améliorer l'accueil et l'information des patients et proches	Pourcentage du personnel formé à l'accueil	Nombre de rendez-vous pris par le guichet téléphonique	Nombre d'appels perdus au standard téléphonique	Nombre de rendez-vous réorienté vers d'autres sites de l'institution	Pourcentage des plaintes liées à l'accueil			

	Objectifs Stratégiques	KPI 1	KPI 2	KPI 3	KPI 4	KPI 5	KPI 6	KPI 7	KPI 8
12	Aligner les stratégies des services avec la stratégie institutionnelle	Ratio activité / potentiel d'activité par spécialité et par site	Nombre de plan développement de service mis à jour	Nombre de plan de développement de département mis à jour					
13	Renforcer le management médical	Pourcentage de services possédant un tableau de bord personnalisé	Pourcentage de services avec une politique de rémunération adaptée aux stratégie définies						
14	Favoriser l'implantation des avancées médicales et technologiques	Nombre de partenariats avec des universités	Nombre d'innovations mis en place grâce aux réseaux avec des universités						
15	Favoriser les collaborations	Nombre de collaborations mises en place avec d'autres partenaires de soins							
16	Améliorer la gestion des opérations	Nombre de protocoles mis en place pour faciliter les processus internes							
17	Transformer les plateaux techniques en business unit	Nombre d'examens de biologie clinique	Nombre d'examens de radiologie	Nombre de consultations	Nombre d'admissions aux urgences	Nombre d'interventions chirurgicales	Taux d'utilisation des appareils de radiologie	Taux d'occupation des salles de consultations	Taux d'occupation des salles opératoires
18	Développer les synergies des services généraux et supports	Nombre de commandes mutualisées passées par le service achat	Coût de gestion pour chaque services généraux et supports						

	Objectifs Stratégiques	KPI 1	KPI 2	KPI 3	KPI 4	KPI 5	KPI 6	KPI 7	KPI 8
19	Améliorer les relations avec les médecins référents	Taux de satisfaction des médecins référents	Nombre de patients adressés par des médecins référents	Pourcentage de décès communiqués dans les délais aux médecins référents	Taux d'utilisation de la ligne rouge	Nombre d'invitations à destinations des médecins référents			
20	Améliorer le positionnement des polycliniques sur le territoire	Nombre de consultations par spécialités et par polycliniques	Part de marché des polycliniques par commune	Nombre de consultations réparti par commune d'origine du patient					
21	Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques	Pourcentage de poste possédant un descriptif de fonction	Nombre d'organigrammes définis	Montant annuel des primes attribuées par objectifs					
22	Développer les TIC	Taux de satisfaction du personnel	Montant des investissements alloués par site pour le développement des TIC	Nombre de patients suivis par télémedecine					
23	Assurer un pilotage de l'institution proactif	Nombre de tableaux de bord produits	Taux de diffusion des tableaux de bord	Nombre de résultats améliorés par le biais des tableaux de bord					
24	Potentialiser l'ensemble des collaborateurs	Nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel	Nombre de réunions interdisciplinaires dans chaque service						
25	Aligner les investissements avec le plan stratégique	Pourcentage des investissements prévus par le plan stratégique réalisés							
26	Améliorer le volet hôtelier des sites	Taux de satisfaction des patients	Pourcentage de chambres individuelles sur chaque site	Nombre de chambre équipées de douche	Taux de lits électriques	Nombre de menus proposés			
27	Promouvoir la valeur ajoutée de l'institution	Nombre de communiqués de presse réalisés par an	Nombre de visite mensuelle du site internet de l'INDC	Nombre de journées portes ouvertes par an	Nombre d'évènements à destination des médecins par an	Nombre d'associations de malades accueillis dans les locaux de l'INDC			

Partie 3 : Conclusion, recommandations et limites

L'objectif de ce mémoire-projet était de réaliser une prospection d'indicateurs clés de performance en vue de mesurer les objectifs stratégiques du réseau hospitalier de l'INDC. Ces objectifs stratégiques s'insèrent dans une carte stratégique inspirée du modèle de tableau de bord prospectif développé par Norton et Kaplan, plus communément appelé : la Balanced Scorecard (BSC).

Mon travail s'inscrivait donc dans le prolongement de l'élaboration de cette BSC. Durant mon stage, je me suis attelé à réunir le maximum d'informations liées aux facteurs critiques de succès. Afin de réaliser au mieux cette tâche, je dus au préalable me familiariser avec un jargon médical faisant partie d'un univers qui m'était complètement inconnu. Une fois cette phase d'imprégnation effectuée, j'ai procédé à l'élaboration d'un guide d'entretiens en vue de questionner les responsables des différentes initiatives. Ces entretiens individuels semi-directifs avaient pour but d'amener les répondants à se questionner sur la pertinence des KPI proposés mais également de récolter d'éventuelles nouvelles pistes d'indicateurs.

Au final, j'aurai réalisé plus d'une douzaine d'entretiens. Après analyse de l'information recueillie, j'ai pu proposer un premier tableau de bord reprenant l'ensemble des KPI à l'équipe projet 23.1. En confrontant les avis des répondants et ceux des membres du groupe, j'ai pu réaliser un nouveau tableau de bord prospectif. Ce dernier tableau constitue l'aboutissement de mon travail.

Avant de pouvoir être mise en application, la liste complète des KPI retenus devra être validée par le comité de pilotage. Celui-ci se réunit approximativement à fréquence mensuelle³⁷. Lors d'une prochaine réunion, Aimé Rary, qui est le responsable du projet 23.1, présentera les résultats de mon travail. Pour rappel, je fus introduit dans l'équipe de projet 23.1 dont le rôle est de *mettre en place des tableaux de bord pour les services et les directions* ; et cela à la fois dans le but de légitimer la présence de mon mémoire-projet au sein de l'institution mais aussi pour obtenir des conseils avisés sur les constituants de cette collecte de KPI.

Une fois cette liste de KPI définitivement ancrée dans la BSC de l'organisation, c'est la phase plus quantitative qui devra débuter. Je vais présenter quelques recommandations à la bonne tenue de celle-ci.

³⁷ La prochaine réunion devrait avoir lieu le 25 juin 2012.

Dans la théorie, les KPI doivent être établis avant de lancer les initiatives. Or, l'INDC a déjà lancé plus de 37% de ses initiatives programmées. Pour des raisons de disponibilité du personnel et de logistiques, toutes les initiatives ne peuvent pas être entreprises en même temps. Les KPI vont permettre de classer les initiatives non débutées par priorité. En effet, en attribuant une valeur cible au KPI et en comparant celle-ci avec une estimation de la valeur réelle, on va pouvoir calculer un écart. Si cet écart est relativement important (dans le sens négatif du terme), il y aura lieu de prioriser ces efforts sur les initiatives permettant d'améliorer ce KPI. Concernant les initiatives qui ont déjà débuté, il y aura lieu d'interroger les chefs de projets sur l'estimation qu'il donne à l'avancée de leur initiative.

Un tableau de bord se veut dynamique, les KPI qui le composent doivent être régulièrement mis à jour. En effet, au plus les données seront actuelles au plus la prise de décisions des responsables sera en adéquation avec les besoins stratégiques réels de l'organisation. Il est donc important de fixer une périodicité à l'actualisation des KPI. Celle-ci devrait être d'autant plus courte que le KPI fluctue beaucoup, que l'obtention de la mesure est aisée et que les besoins d'une information actualisée sont importants. En général, les KPI seront relevés de manière trimestrielle.

La centralisation de l'information dans une base de données commune sera un élément critique de succès de la mise en place des KPI. Chaque KPI devra avoir sa propre fiche. Celle-ci renseignera la nature de l'indicateur et la manière dont il se construit. Un cahier des charges pourra alors être transmis au service IT en vue de réaliser une requête fournissant la valeur du KPI. Il est donc primordial que ces requêtes s'effectuent dans un système d'informations coordonnées où les doublons sont proscrits.

Une faute récurrente était commise par les intervenants lors des entretiens : celle de définir les indicateurs par rapport à leur initiative au lieu de tenir compte de l'objectif stratégique dans sa globalité. Ce manque de recul stratégique m'obligeait régulièrement à recadrer l'entretien. Les responsables d'initiatives devraient donc être mieux tenu informés des autres projets qui composent l'objectif stratégique même si celles-ci n'ont pas encore débuté.

Je terminerai cette analyse critique en rappelant l'importance d'avoir une vision commune et partagée de la part de l'ensemble de l'organisation. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on se trouve dans ce type de réseau composé d'entités distinctes. Les notions de stratégie et d'indicateurs devraient être perçues positivement. Les préjugés les associant

seulement à des techniques de recherche de profit et de contrôle des activités devraient être combattus. Légitimer une telle approche managériale n'est pas une mince affaire dans une organisation où l'input et l'output sont l'humain. Il y a donc un travail des mentalités qui doit s'opérer, et cela se fera avec le temps.

Références bibliographiques

Pour les ouvrages :

- COURTOIS A. et BONNEFOUS C. (2001), *Indicateurs de performance*, Paris, Hermès Science Publications
- DEMESTREE R., LORINO P., MOTTIS M. (2006), *Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise*, Paris, Dunod
- DHAEVERS V. (2011), *Pilotage souple de la performance des systèmes industriels*, FuCAM, Thèse de Doctorat
- GUERRA F. (2007), *Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif*, Paris, De Boeck
- KAPLAN R. et NORTON D. (2004), *Strategy maps : Converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Press
- KAPLAN R. et NORTON D. (2007), *L'alignement stratégique : créer des synergies par le tableau de bord prospectif*, Editions d'organisation Eyrolles
- Le dictionnaire Le Petit Larousse Illustré (2010), Edition Larousse, Paris, p. 761
- LORINO P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris Editions D'organisation, 3^{ème} édition
- MARCON E.; GUINET A. et TAHON C. (2008), *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Paris, Hermès-Lavoisier
- MOLLARD D. (2006), *Systèmes décisionnels et pilotage de la performance*, Paris, Hermès-Lavoisier

Pour les articles:

- B>Best (2010), *Le modèle d'excellence de l'EFQM*, EFQM Publications, pp 1-34
- DURANT G. (2006), *Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences*, Hospitals.be, N° 1, Vol.4
- DURANT G. (2010), *Quel modèle de financement des hôpitaux connaissons-nous demain ?*, Hospitals.be, N° 2, Vol.8
- LADRIERE F. (1996), *Le financement : une économie de santé*, Ethica Clinica, Revue n°4
- NOPPEN M. (2008), *Les économies d'échelles dans le milieu hospitalier : Is bigger better ?*, Hospitals.be, N° 3, Vol.6

Pour les sites internet :

- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, (page consultée le 15 avril 2012) ; [PDF en ligne] ; http://www.who.int/whr/2010/10_summary_fr.pdf
- CALLEWAERT G., FRANSSSEN A., GHYSELS A. (2008), (page consultée le 16 avril 2012), [PDF en ligne, Fiche Info de la Mutualité Chrétienne], http://www.mc.be/fr/135/Resourcer/ficheinfo_lres_tcm183-49255.pdf

Pour les cours/exposés :

- DE SCHEPPER E. (2010), *Formation pratique à la Balanced Scorecard de Kaplan et Norton*, Formation organisée par bbest
- DURANT G. (1997), *L'évaluation économique à l'hôpital*, Exposé donné lors de la journée du cycle annuel du perfectionnement en Sciences Hospitalières, Ecole de santé publique de l'UCL