

DIPLÔME POSTGRADE EN ECONOMIE ET ADMINISTRATION DE LA SANTE

(MASTER IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT)

IEMS Lausanne
HEC et
Faculté de Biologie et de Médecine de
l'Université de Lausanne (UNIL)

MEMOIRE

IMPLEMENTATION DU TABLEAU DE BORD PROSPECTIF (BALANCED SCORECARD) DANS UN HÔPITAL

par

Dominique SIERRO
licencié en droit, avocat et notaire

Directeur de mémoire

M. Luc SCHENKER
Directeur des finances des Hospices cantonaux vaudois – CHUV
Chargé de cours à l'UNIL

Expert

M. Yves ROSSIER
Adjoint à l'Unité de Développement Stratégique et Qualité de la direction générale des Hospices
cantonaux vaudois/CHUV

Sion
Juin 2004

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement MM Luc SCHENKER et Yves ROSSIER ainsi que M. Serge CELAIA et Karine, mon épouse, de leurs conseils avisés et de leur aide précieuse apportés à l'élaboration et à la relecture de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE	4
1. INTRODUCTION	8
2. LE TABLEAU DE BORD PROSPECTIF (BALANCED SCORECARD)	12
2.1 UN OUTIL AUX MULTIPLES USAGES.....	12
2.1.1 <i>Définition du Tableau de bord prospectif</i>	12
2.1.2 <i>Les quatre perspectives</i>	14
2.2 LE TBP : UN BON OUTIL POUR L'HOPITAL ?.....	18
2.2.1 <i>Le TBP ou un autre outil ?</i>	18
2.2.2 <i>Le TBP et le monde hospitalier</i>	21
2.2.3 <i>Les fonctions du TBP dans un hôpital</i>	26
3. CONSTRUCTION DU TBP	30
3.1. 1ERE ETAPE : DECIDER DE LA STRUCTURE DU PROJET ET DU CADRE ORGANISATIONNEL.....	31
3.2. 2EME ETAPE : DEFINIR LES OBJECTIFS ET LE ROLE DU TBP.....	32
3.3. 3EME ETAPE : ARRETER LA STRATEGIE.....	34
3.3.1 <i>La mission</i>	35
3.3.2 <i>Les valeurs clés</i>	35
3.3.3 <i>La vision</i>	36
3.3.4 <i>La strategie</i>	36
3.4. 4EME ETAPE : ELABORER LE TBP : 10 PHASES	39
3.5. 5EME ETAPE : IMPLEMENTER LE TBP.....	54
3.5.1 <i>La communication</i>	54
3.5.2 <i>La déclinaison du TBP dans l'établissement</i>	58
3.5.3 <i>La liaison du TBP avec le budget</i>	60
3.6. 6EME ETAPE : EVALUER, APPORTER LES CORRECTIONS NECESSAIRES ET FAIRE VIVRE.....	61
3.6.1 <i>Surmonter les obstacles</i>	61
3.6.2 <i>Le retour d'information, l'évaluation et la résolution de problèmes</i>	63
3.6.3 <i>Faire vivre</i>	64
4. ANALYSE DES ENJEUX LIES A L'INTRODUCTION DU TBP	66
4.1. LA GESTION DU CHANGEMENT	66
4.2. LES ENJEUX	71
4.2.1 <i>Les enjeux internes</i>	71
4.2.2 <i>Les enjeux externes</i>	76
5. CONCLUSION	78
5.1 CRITIQUES ET ASPECTS POSITIFS	78
5.2 FAISABILITE DU TBP DANS UN HOPITAL	84
6. BIBLIOGRAPHIE, TABLE DES FIGURES ET ANNEXES	89
6.1 BIBLIOGRAPHIE	89
6.2 TABLE DES FIGURES	91
6.3 ANNEXES	93

SYNTHESE

I. Qu'est-ce que le TBP ?

Le TBP (Tableau de bord prospectif ou Balanced Scorecard) est :

1. un outil de gestion de la stratégie qui doit être définie, en fonction de la mission de l'établissement (ce pourquoi nous existons), de ses valeurs-clés (ce en quoi nous croyons) et de sa vision (ce que nous voulons être) et qui doit être déclinée en objectifs stratégiques de l'institution (ce que nous devons faire) et personnels (ce que je dois faire) ;
2. un outil de management opérationnel qui traduit la stratégie de l'entreprise en un ensemble d'indicateurs de performance constituant la base d'un système de pilotage de la stratégie. Ladite performance est mesurée selon quatre axes équilibrés :
 - la perspective « clients » décrivant « comment nos clients perçoivent nos prestations et s'ils sont satisfaits » ;
 - les processus internes efficaces, essentiels à la satisfaction des clients et des financeurs ;
 - l'apprentissage organisationnel permettant de savoir comment piloter le changement et l'amélioration de nos ressources humaines (personnel préparé et motivé) ;
 - l'axe « finances » décrivant les principaux résultats financiers.

II. Pourquoi avons-nous besoin d'un TBP ?

Nous avons besoin d'un TBP pour :

1. après avoir élaboré la stratégie de l'établissement, orientée « marché » et « client », la traduire dans le concret ;
2. être assurés que tous les collaborateurs connaissent et comprennent la stratégie ;
3. permettre à chaque collaborateur (du moins les cadres) de définir leurs objectifs et leurs priorités en fonction de la stratégie de l'établissement et contrôler que cet alignement se fasse ;
4. réduire la prédominance des résultats financiers et équilibrer la perception que l'on a de l'établissement ;
5. mesurer la performance au moyen d'indicateurs élaborés à la suite d'un consensus de l'équipe dirigeante ;
6. grâce à la communication des résultats et à une réelle politique de transparence, développer une véritable « corporate identity » et une culture d'entreprise ouverte ;
7. en cas de modification de l'environnement externe, réorienter l'institution rapidement, permettre une allocation de ressources pour développer de nouvelles prestations et améliorer l'accès aux soins ;
8. permettre un retour d'expérience, afin d'apporter les corrections nécessaires dans le pilotage de la stratégie.

III. Le TBP est-il adapté au monde hospitalier ?

Assurément. Le TBP doit, certes, être adapté quelque peu, mais sans être dénaturé. Par exemple, les indicateurs financiers, ne reflétant ni la « raison d'être » ni les véritables succès opérationnels d'un hôpital, ne doivent pas être, comme pour les entreprises à but lucratif, mis au premier plan. Ils doivent être complétés, notamment, afin que la création de valeurs immatérielles, par la qualification des collaborateurs ou l'amélioration de la transmission des informations dans la chaîne des soins, soient valorisées. Par ailleurs, le rendement d'un hôpital peut être mis sous pression par le mécontentement des patients, des médecins ou et des collaborateurs, sans que ce danger ne soit perceptible au travers des indicateurs traditionnels. C'est pourquoi, la mise en lumière des axes « client », « processus internes » et « apprentissage organisationnel » tend à mieux équilibrer la vision que l'on a de l'institution. Encore faut-il que ces indicateurs soient fixés en fonction des buts ou de la stratégie de l'organisation et que les acteurs au front connaissent les buts à atteindre !

IV. Quelles sont les fonctions clés du TBP ?

1. La fonction de direction, puisque le TBP mesure et guide la société vers ses objectifs stratégiques.
2. La fonction d'intégration, puisque le TBP intègre les différentes fonctions clés du management dans un cadre commun.

3. *La fonction de communication, puisque le TBP facilite la communication de la stratégie au sein de l'entreprise. Il permet également d'améliorer le dialogue entre les professionnels de la santé et le personnel administratif.*
4. *La fonction d'apprentissage, puisque les liens entre les différentes perspectives permettent d'identifier rapidement les problèmes et de prendre les mesures correctives.*

V. Quelles sont les étapes de construction du TBP ?

1. *Décider de la structure du projet et du cadre organisationnel.*
2. *Définir les objectifs et le rôle du TBP dans l'établissement.*
3. *Arrêter la stratégie.*
4. *Elaborer le TBP en dix phases :*
 - a. *Elaborer la carte stratégique et arrêter trois à cinq objectifs pour chaque axe du TBP.*
 - b. *Arrêter les mesures et les plans d'action pour concrétiser les objectifs stratégiques retenus.*
 - c. *Identifier les indicateurs.*
 - d. *Déterminer les facteurs clés de succès et les valeurs cibles.*
 - e. *Déterminer les sources d'information.*
 - f. *Choisir le système et la technologie d'information.*
 - g. *Construire les indicateurs.*
 - h. *Procéder à l'analyse des relations causes-effets.*
 - i. *Arrêter définitivement la carte stratégique et finaliser le TBP.*
 - j. *Préparer le plan de mise en œuvre du TBP.*
5. *Implémenter le TBP.*
6. *Evaluer, apporter les corrections nécessaires et faire vivre.*

VI. Quels sont les enjeux liés à l'introduction du TBP ?

Dans le monde hospitalier, toute démarche institutionnelle, qui plus est novatrice, n'est pas évidente à réaliser. Par ailleurs, on assiste bien souvent à une résistance au changement au-dessus de la moyenne, surtout lorsqu'il s'agit de mettre en place un système de mesures. Autrement dit, consacrer du temps à des problèmes non médicaux est une forte contrainte initiale à faire accepter par les différents acteurs et plus particulièrement par le corps médical.

Le changement ne peut donc se réaliser qu'au prix d'un fort leadership de la direction, de la constitution d'une structure spécifique, de la présentation de preuves des bienfaits de ce nouvel outil et de la déclinaison du TBP à l'ensemble de l'organisation afin que chacun se sente concerné et motive l'autre.

Outre cet aspect, nous avons identifié un certain nombre d'enjeux, tant internes, qu'externes, auxquels il faut faire face : l'enjeu de la récompense, de l'adhésion de tous les acteurs, de la formation, du leadership, des indicateurs, de la finalité du TBP, de la « corporate image », du système d'information, de la gestion du temps, de la pérennisation du TBP, de la transparence, de la contrainte ainsi que les enjeux institutionnels et politiques.

VII. Quelles sont les critiques principales à l'encontre du TBP ?

- *« Le TBP est trop complexe tant dans sa compréhension que dans son implémentation et inadapté au secteur public ».*
Cette appréciation est à prendre en considération, surtout en cas d'implémentation dans un hôpital du type de celui de Sion. C'est pourquoi, il faut éviter à tout prix de mettre en place une machine « infernale » et surdimensionnée. Mieux vaut opter, du moins au départ, pour une solution simple, compréhensible et conviviale, puis étayer la construction petit à petit.
Le TBP fait appel à des concepts de base en gestion des opérations nécessitant tout simplement un jugement éclairé dans leur application. Il incite à l'action et à la prise de conscience de l'importance de la gestion de son capital intellectuel et dénie la prédominance des seuls résultats financiers. C'est pourquoi, il est applicable à un hôpital public.

- *« Le TBP nécessite un système d'information très sophistiqué et coûteux. Tant que ce dernier n'est pas mis en place, le TBP est inutilisable ».*
Cette remarque est, à notre sens, erronée, puisque de nombreux canaux d'information fonctionnent dans les hôpitaux sans recours à l'informatique, même si l'idéal est de disposer d'un système d'information performant. Par contre, l'enjeu consiste d'abord et surtout à obtenir les bonnes informations au bon moment.
- *« Du fait du nombre restreint d'indicateurs retenus par axe, la réalité hospitalière n'est pas valablement présentée par le TBP ».*
Pour pallier cette critique, il faut respecter quelques principes, notamment, trouver un consensus parmi les cadres tant sur la stratégie, les objectifs stratégiques, le plan d'action que sur les indicateurs et veiller à ce que les objectifs stratégiques et les indicateurs soient reliés entre eux. Par ailleurs, rien n'empêche (et c'est même souhaitable) que les Départements et services aient également des sous-indicateurs qui permettent « d'alimenter » les indicateurs principaux.
- *« La planification stratégique pour un hôpital public est stérile ».*
Cette affirmation peut s'avérer exacte si la planification ne s'accompagne pas d'objectifs stratégiques clairement énoncés et bien communiqués et sans un plan d'action qui en découle. En effet, l'établissement doit absolument convertir sa stratégie de façon concrète, afin d'en assurer son succès et de disposer d'indicateurs pertinents, capables de mesurer lesdits objectifs. Par ailleurs, la planification stratégique ne peut pas demeurer statique ; elle doit être réactualisée continuellement.

VIII. Quels sont les aspects positifs principaux du TBP ?

- *Le TBP démontre qu'il est faux de croire que, pour créer de la valeur dans une entreprise, il faille se concentrer sur l'aspect financier. Cette vision simpliste est battue en brèche par cet outil dont le maître mot est « équilibre ». Équilibre entre financier et non financier, entre rétrospectif et prospectif, entre mission, vision et stratégie. Du fait de l'obligation de décliner sa stratégie selon quatre axes, il est indispensable de considérer, sur le même plan, les finances, les clients, les collaborateurs, les systèmes et les processus. Les mesures non financières impliquent de gérer des actifs non financiers comme la qualité ou la satisfaction des patients.*
- *Le TBP permet de faire coïncider les éléments clés de la performance avec la stratégie, à tous les niveaux d'une organisation. Cette focalisation et cet alignement des initiatives stratégiques devraient permettre, à l'hôpital, de faire mieux, plus vite, moins cher.*
- *Le TBP optimise, quant à lui, sous bien des aspects, l'efficacité des programmes Qualité. Tout d'abord, il identifie les processus internes les plus vitaux aux succès stratégiques. Ensuite, il contribue à fixer des priorités parce qu'il indique sur quels aspects d'un des quatre axes l'amélioration des processus devrait porter. Enfin, il ne retient que les indicateurs les plus importants, simplifiant ainsi leur lecture. Il constitue donc un excellent moyen de regrouper et d'organiser de manière cohérente les informations clés en rapport avec les objectifs de l'entreprise. On obtient ainsi une vue d'ensemble de la performance de l'établissement ainsi que des indicateurs permettant d'attirer l'attention sur les correctifs à apporter au fur et à mesure de l'évolution de l'hôpital.*
- *Le TBP facilite la communication interne et la compréhension des objectifs stratégiques à tous les niveaux d'une organisation. En effet, la stratégie est restée trop longtemps l'apanage des dirigeants. Dans un hôpital public, chaque collaborateur a le droit de connaître les orientations de la direction et celle-ci a intérêt à les lui communiquer (plus grande motivation au travail, plus grande efficacité, meilleure gestion des objectifs personnels). Le TBP est également un bon outil de communication externe à l'attention des autorités ou des partenaires de l'établissement puisqu'il doit produire une image synthétique et facilement compréhensible de l'institution.*
- *A l'hôpital, il devient urgent de mesurer la performance, notamment, du fait des contraintes diverses (légal, budgétaires, de la part des patients, etc.). Or le monde hospitalier, par tradition, n'a jamais eu de culture de l'écrit, d'où les difficultés de disposer de données précises et, dès lors, de procéder à des mesures. Le TBP peut servir à cet effet.*

- *L'introduction d'un système de rémunération différencié selon les performances de chacun demeure un puissant levier en matière de conduite du personnel. Certes, dans un hôpital public, il est difficile de réaliser une telle idée, surtout de la généraliser à tout l'établissement. Par contre, rien n'empêche de mettre en vigueur un système de récompenses afin de motiver les collaborateurs. Le TBP peut être utile à la mise en place de cette politique et renforcer, ainsi, l'efficacité de l'établissement.*

IX. Quelle est la faisabilité du TBP dans un hôpital ?

Ce mémoire a pour but d'élaborer une étude de faisabilité de l'implémentation du TBP dans un hôpital régional du type de celui de Sion. Après avoir examiné le contenu d'un tel outil, nous décrivons les diverses étapes de la construction du TBP et analysons les enjeux d'une telle implémentation. Force est de constater que le TBP peut très bien s'adapter à un hôpital public et que sa construction est parfaitement faisable, c'est-à-dire capable de produire les résultats désirés, dans les limites de temps, de coût et selon les exigences de qualité déterminées lors de la planification, en prenant en considération les conditions particulières du milieu.

Nous pouvons clairement affirmer que l'implémentation du TBP dans un hôpital régional comme celui de Sion est vivement souhaitable, a fortiori dans un hôpital cantonal ou universitaire. Relevons, toutefois, que la problématique est sensiblement différente selon la taille et la mission de l'hôpital. Plus les prestations sont diverses, plus la complexité est grande, plus l'implémentation est difficile !

Même si le TBP comporte quelques lacunes, notamment, d'ordre conceptuel, il recèle d'innombrables avantages. Toutefois, compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la tâche, il nous paraît impératif de rappeler le respect de quelques règles fondamentales, pour assurer le succès d'une telle entreprise :

- *La construction d'un TBP nécessite l'engagement total de la direction.*
- *La mise en place du système est un travail d'équipe.*
- *Le travail d'implémentation est conséquent et lourd, surtout sous l'angle des ressources humaines (disponibilité, engagement, etc.).*
- *Le TBP doit être impérativement décliné dans tout l'établissement et ne pas être conservé au « sommet ».*
- *Une attention particulière sera portée à la communication.*
- *La gestion du temps est capitale, ce qui nécessite une planification très fine et un suivi rigoureux.*
- *Le recours à un consultant est certainement nécessaire, du moins lors de certaines phases du processus (formation, mise en route, évaluation) ou comme référant externe.*
- *Le TBP doit être l'affaire de tous, au quotidien; c'est pourquoi, un système de récompense doit être proposé, dans la mesure où il n'est pas possible de relier le TBP à la rémunération.*
- *Une fois introduit, le TBP doit servir à la gestion quotidienne de l'hôpital et être réévalué périodiquement; c'est ainsi qu'il doit servir de support à toutes les réunions de la direction.*

Le TBP n'est pas une garantie de succès absolu. Il demeure un outil au service des dirigeants.

Par ailleurs, comme le TBP permet d'avoir une vue d'ensemble de l'hôpital et qu'il va au-delà des seuls chiffres fournis par un système de contrôle ordinaire, la direction de l'établissement serait bien inspirée de convaincre les autorités ou les organes de surveillance d'adhérer à la démarche. Bien entendu, cela suppose la capacité à ne pas se focaliser sur les problèmes financiers à court terme et la volonté de croire en la vertu de valeurs immatérielles qui ne déploieront leurs effets sur l'équilibre budgétaire recherché que plus tard.

1. INTRODUCTION

« Pendant plus de 30 ans, la cohérence de l'économie hospitalière des pays industrialisés a été assurée par le compromis social de la croissance et de l'autonomie : croissance de la demande, de l'offre, de l'activité, des coûts, de la technologie... et autonomie individuelle des prescripteurs qui adaptaient librement des connaissances générales à des cas particuliers, autonomie des autres ordonnateurs de dépenses, faiblement contraints... Ce compromis... reposait sur la disponibilité des ressources qu'une époque de croissance économique exceptionnelle permettait d'assurer... En quelques très courtes années, cet état de cohérence a été brutalement détruit... A l'origine donc : la pression économique qui provoque une rupture du compromis social si longuement intériorisé »¹.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont soumis à des exigences croissantes de contraintes budgétaires et légales, de performance et de qualité, à des changements de leur environnement interne et externe ou, encore, à des attentes toujours plus grandes de la population. Parmi les principaux phénomènes qui mettent les responsables sous pression, nous pouvons relever ce qui suit :

- L'explosion des coûts de la santé est une réalité. Entre 1996 et 2001, ces coûts ont progressé, en Suisse, de 37.9 à 46.1 milliards de francs, soit de 21.6 pour cent. Avec 47.3 pour cent, le traitement hospitalier représente la part la plus importante de ces coûts. Par ailleurs, les dépenses de santé ont représenté en Suisse 11.1 pour cent du produit intérieur brut (PIB), ce qui place notre pays, en comparaison internationale, en deuxième position après les USA².
- La planification hospitalière a largement contribué à modifier le paysage hospitalier suisse et, par-là, à chambouler de nombreuses structures, transformant, parfois, fondamentalement la mission de certains établissements. En Valais, par exemple, le Grand Conseil a confié, dès le 01.01.2004, la gestion de tous les établissements hospitaliers à une seule entité, le Réseau Santé Valais, établissement de droit public, contrôlé par l'Etat³.
- D'autres cantons, par contre, se sont clairement prononcés pour une émancipation du secteur hospitalier de la tutelle de l'Etat, en rendant les établissements hospitaliers publics plus autonomes dans leur gestion avec, comme corollaire, une volonté de les soumettre à plus de concurrence⁴.
- Les hôpitaux universitaires, quant à eux, ne sont pas en reste, puisque la Confédération fait clairement pression pour qu'il n'y ait plus que trois pôles en Suisse.
- A l'intérieur même des hôpitaux, certaines professions font valoir plus clairement leurs droits. Il suffit de se remémorer la grève nationale du personnel soignant de juin 2003 qui a dénoncé la précarisation des conditions de travail du secteur infirmier (rémunération déficiente, heures supplémentaires, manque de personnel, défaut de moyens, etc.) ou des assistants dans le canton de Vaud en 2003, arguant de motifs similaires.
- Tous ces événements ont grandement influencé le législateur. En effet, la loi fédérale, de même que certaines lois cantonales ont, ces dernières années, très largement augmenté les exigences auxquelles les hôpitaux doivent se conformer sous l'angle de l'efficacité, du calcul des coûts ou de la garantie de la qualité.

¹ KLEIBER C. Organisation du changement à l'hôpital. Ruptures, Revue Transdisciplinaire en santé ; 1997 ; 4 ; No 2 ; 218-229

² Office fédéral de statistique

³ Décret du Grand Conseil valaisan du 4 septembre 2003 sur le Réseau Santé Valais

⁴ Thurgovie, Argovie par exemple

- Ces législations ont également donné un pouvoir certain aux assureurs-maladie dans le contrôle des coûts, voire de la qualité ⁵.
- Enfin, « last but not least », même si les Suisses se déclarent satisfaits, à 67 pour cent, du fonctionnement de leurs soins de santé, on constate un malaise de plus en plus important vis-à-vis de la « supportabilité » économique de la cotisation payée pour l'assurance-maladie de base (69 pour cent) ⁶. Il faut, en fait, relever qu'entre 1996 et 2001, les primes de caisses-maladie ont augmenté en moyenne de 30 pour cent ⁷.

Compte tenu de la pression budgétaire et concurrentielle, de nouveaux comportements apparaissent, qui orientent le changement de l'hôpital.

⁵ Quelques exemples tirés de la législation fédérale :

- Art. 32 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie) : Conditions
 - ¹ Les prestations ... doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.
- Art. 42 LAMal :
 - ³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.
- Art. 49 LAMal : Conventions tarifaires avec les hôpitaux
 - ¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital ..., les parties à une convention conviennent de forfaits...
 - ⁶ Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations.
 - ⁷ Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux... Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention ... et demander à l'autorité ... de réduire les tarifs dans une juste mesure.
- Art. 56 LAMal : Caractère économique des prestations
 - ¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.
 - ² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi.
 - ⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.
- Art. 77 OAMal (Ordonnance su 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie) : Garantie de la qualité
 - ¹ Les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité.

cf. également l'art. 58 LAMal : Garantie de la qualité
- L'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP)

⁶ Satisfaction et désarroi des Suisses à l'égard du fonctionnement de leur système de santé, in EPISTULA ALASS, mars 2004 ; 55 ; 22 et ss.

⁷ Office fédéral de statistique

La figure 1 décrit bien cette mutation institutionnelle ⁸.



Figure 1. Mutation institutionnelle

Dans ce contexte, les défis auxquels sont soumis les gestionnaires des établissements hospitaliers sont colossaux : garantir la qualité des soins, tout en équilibrant les comptes et en satisfaisant tous les collaborateurs (médecins, infirmiers, personnel administratif et technique). Certes, bon nombre de paramètres leur permettant de résoudre leurs problèmes ne relèvent pas de leur compétence puisque le pouvoir politique est largement partie prenante de la fixation du cadre général. Il peut, notamment, prendre toute mesure de rationalisation (fourniture des prestations actuellement délivrées à l'ensemble de la population dans moins d'endroits pour permettre une exploitation optimale des plateaux techniques) ou de rationnement (suppression d'un certain nombre de prestations et de services actuellement délivrés à la population), avec tous les dangers qui en

⁸ KLEIBER C. Op. cit.

découlent ⁹. En tout état de cause, les responsables hospitaliers sont tenus à plus de rigueur, d'efficacité, mais surtout à démontrer qu'ils gèrent leur institution avec efficacité, à savoir qu'ils contrôlent l'activité pour s'assurer que chacun utilise les ressources à bon escient et de manière performante.

Pour tenter d'accomplir ces « travaux d'Hercule » à l'échelle de l'établissement, plusieurs démarches sont envisageables. De manière générale, nous pouvons évoquer (sans ordre de priorité ou d'importance) :

- la refonte complète des structures internes ;
- un meilleur suivi de la fonction de production (qui résulte de la mise en relation entre les ressources mobilisées pour une production de biens et services donnés et le nombre d'unités produites) ;
- une plus grande maîtrise de la fonction de coûts (approche de la comptabilité analytique) ;
- une amélioration de la qualité, soit par une approche « assurance qualité », centrée sur l'identification des défauts et des points ne se conformant pas au standard, soit par une amélioration continue de la qualité (Total Quality Management) dont le but est de travailler sur l'ensemble des processus d'où une amélioration globale de la qualité moyenne ¹⁰ ;
- la mise en place de tableaux de bord financiers, tout en étant conscient que ceux-ci sont insuffisants pour cerner toute la réalité hospitalière ;
- l'adoption de nouveaux outils de management adéquats qui donnent une image plus complète de l'institution et qui permettent un véritable pilotage de l'organisation.

Même si toutes ces pistes sont complémentaires et nécessaires, les responsables d'un établissement n'auront ni les moyens financiers ni les ressources pour mener de front tous ces projets. Pour continuer à faire toujours mieux, plus vite et moins cher, donc à être efficaces, ils devront avoir recours à des outils efficaces qui ont largement fait leurs preuves auprès de maints entrepreneurs et qui séduisent de plus en plus d'institutions sans but lucratif. Parmi ces moyens, nous retiendrons, dans le cadre de cette étude, le « Balanced Scorecard » ou « Tableau de bord prospectif », ci-après désigné TBP.

Ce mémoire a donc pour but, après un rappel de la nature et des objectifs du BSC, d'élaborer une étude de faisabilité de l'implémentation de cet outil dans un hôpital régional du type de celui de Sion.

⁹ MECHANIC D. Muddling through elegantly : Finding the proper balance in rationing; Health Affairs 1997; 16; 83-92

¹⁰ HADDAD S., ROBERGE D., PINEAULT R. Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité en santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 1997 ; 4 ; No 1 ; 59-78
Quality of Health Care, in The New England Journal of Medicine 1996; 335; 891-894, 966-970, 1060-1063, 1146-1149, 1227-1231;

2. LE TABLEAU DE BORD PROSPECTIF (BALANCED SCORECARD)

2.1 UN OUTIL AUX MULTIPLES USAGES

2.1.1 Définition du Tableau de bord prospectif

Le TBP a été conçu par MM R. KAPLAN et D. NORTON comme un outil de management, plus précisément comme celui qui « traduit la mission et la stratégie de l'entreprise en un ensemble d'indicateurs de performance constituant la base d'un système de pilotage de la stratégie... Ladite performance est mesurée selon quatre axes équilibrés : les résultats financiers, la perspective « clients », les processus internes et l'apprentissage organisationnel »¹¹. L'originalité du TBP réside dans le fait qu'il ne se focalise pas seulement sur les indicateurs financiers. En effet, ceux-ci servent uniquement à suivre a posteriori les effets d'une tactique et à piloter les activités à court terme. Ils sont donc complétés par des indicateurs sur les déterminants de la performance future. Les objectifs et les mesures de ce système sont établis en fonction du projet de l'entreprise et de sa stratégie (figure 2)¹².

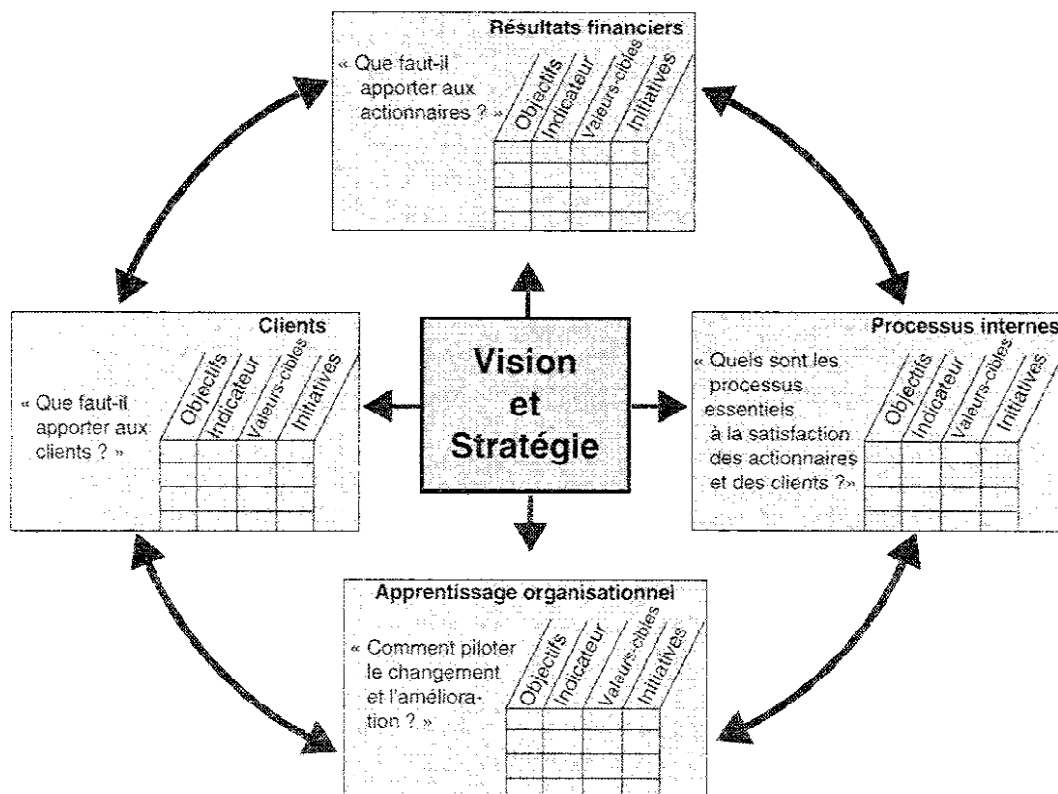


Figure 2. Un support pour traduire la stratégie en objectifs opérationnels

¹¹ KAPLAN R. et NORTON D. Le tableau de bord prospectif. Editions d'organisation. Paris 1998, 2003; 14

¹² KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 21

« Le TBP doit traduire les intentions stratégiques en objectifs concrets. Un équilibre est établi entre les indicateurs extérieurs, à l'attention des actionnaires et des clients, et les indicateurs internes sur les processus essentiels, l'innovation, le développement des compétences et la croissance. Il y a un équilibre entre les indicateurs de résultats – la performance passée – et les indicateurs qui permettent de suivre les déterminants de la performance future. Enfin, le système assure un équilibre entre des mesures objectives et quantifiées qui traduisent des résultats et des mesures plus subjectives, les déterminants de la performance »¹³.

Mais le TBP est plus qu'un outil de mesure de la performance tactique ou opérationnelle. Ses concepteurs l'ont fait évoluer et l'ont repositionné comme le centre d'une organisation orientée stratégie¹⁴. Ainsi, il est devenu un outil de gestion de la stratégie. Précisons, brièvement, les principes des organisations orientées « stratégie ». Pour cela, il suffit de se référer au tableau de KAPLAN et NORTON (figure 3)¹⁵. Cette capacité qu'a le TBP d'assurer la cohésion et la convergence des équipes dirigeantes, des centres de profit, de leurs collaborateurs, de la technologie de l'information et des ressources en capitaux des entreprises au profit de la stratégie de l'organisation démontre qu'il joue un rôle de premier plan, pas seulement comme système de contrôle mais, aussi, comme élément de conception et d'implémentation de la stratégie. Les indicateurs permettent de :

- Clarifier le projet et la stratégie et les traduire en objectifs. Les dirigeants, en effet, doivent traduire la stratégie en objectifs concrets, notamment, dans un premier temps, ceux relatifs à l'axe financier. Ensuite, ils doivent segmenter la clientèle qui constitue la cible puis identifier ceux qui concernent le fonctionnement de l'entreprise. Enfin, la perspective « apprentissage organisationnel » sert à conduire le développement des compétences des salariés, les systèmes d'informations et l'amélioration des procédures opérationnelles.
- Communiquer les objectifs et les indicateurs stratégiques et les articuler, le but étant de favoriser le dialogue au sein de l'entreprise et de permettre à tous les collaborateurs de comprendre les objectifs et la stratégie à suivre pour les atteindre (culture d'entreprise).
- Planifier, fixer des objectifs et harmoniser les initiatives stratégiques. Ceci implique, notamment, la nécessité de définir les valeurs-cibles à atteindre, de préciser les processus permettant de les atteindre et de fixer des valeurs intermédiaires « témoins ».
- Renforcer le retour d'expérience et le suivi stratégique. Ceci est capital : les dirigeants doivent obtenir un retour d'information sur la mise en œuvre de la stratégie afin, cas échéant, de l'améliorer progressivement.

Utilisé dans cet esprit, le TBP devient la pierre angulaire du management d'une organisation¹⁶. Puisque cet outil permet d'atteindre plusieurs objectifs différents, il appartient aux dirigeants de l'établissement de définir, a priori, quels sont les buts poursuivis par l'introduction du TBP. Cette question sera abordée ci-dessous. Examinons maintenant plus en détail les quatre perspectives précitées.

¹³ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 22

¹⁴ MOORAJ S. Measuring the value creation and sources of value of the Balanced Scorecard. Thèse Lausanne 2001; 52

¹⁵ KAPLAN R. et NORTON D. Comment utiliser le tableau de bord prospectif. Editions d'organisation. Paris 2001; 10

¹⁶ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 22-31

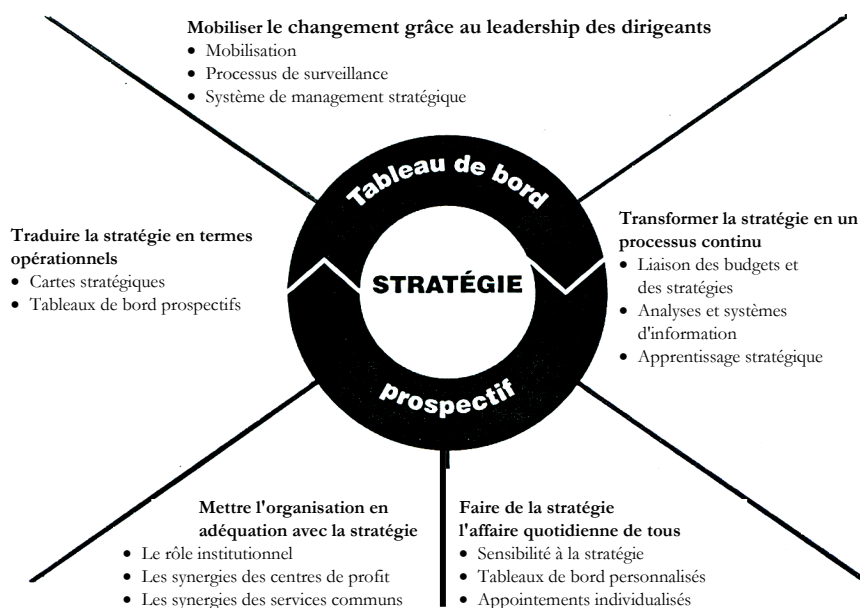


Figure 3. Les principes de l'organisation orientée stratégie

2.1.2 Les quatre perspectives

L'axe financier

Le TBP s'appuie toujours sur les indicateurs financiers pour évaluer efficacement les effets économiques quantifiables des actions passées. La littérature contient une multitude d'indicateurs qui permettent de mieux cerner la perspective financière du TBP. Ceux-ci portent, à titre d'exemple, sur la rentabilité ou l'EVA (valeur ajoutée économique). En tout état de cause, le but ultime d'une telle approche est d'améliorer la performance financière de l'entreprise ou, pour reprendre la terminologie des concepteurs du TBP, de répondre aux questions suivantes « que faut-il apporter aux actionnaires ? » ou, « si nous réussissons, comment traiterons-nous nos actionnaires ? »¹⁷. N'oublions pas que les inventeurs du TBP ont développé ce système, d'abord, pour les entreprises à but lucratif et qu'aux USA la rentabilité immédiate du capital investi est une priorité absolue. C'est pourquoi, l'axe financier est un objectif dominant et est placé tout en haut du TBP.

Un hôpital public, quant à lui, ne recherche pas, bien sûr, la rentabilité stricto sensu ni la valeur ajoutée. Dès lors, on peut se demander pourquoi retenir la perspective financière ? En effet, les mesures financières ne sont pas de bons indicateurs pour savoir si un établissement hospitalier remplit correctement sa mission de service public.

KAPLAN et NORTON eux-mêmes sont conscients de cette situation et affirment que « les organisations à but non lucratif et les administrations devraient envisager de placer tout en haut de leur TBP un objectif dominant qui correspond à leur objectif à long terme... les mesures financières ne sont pas les indicateurs adéquats qui permettent de savoir si elles remplissent bien leur mission.

¹⁷ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 21, 38, 61 et ss
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 83

La mission de l'organisme devrait être représentée et évaluée au niveau le plus élevé du TBP (figure 4) ¹⁸.

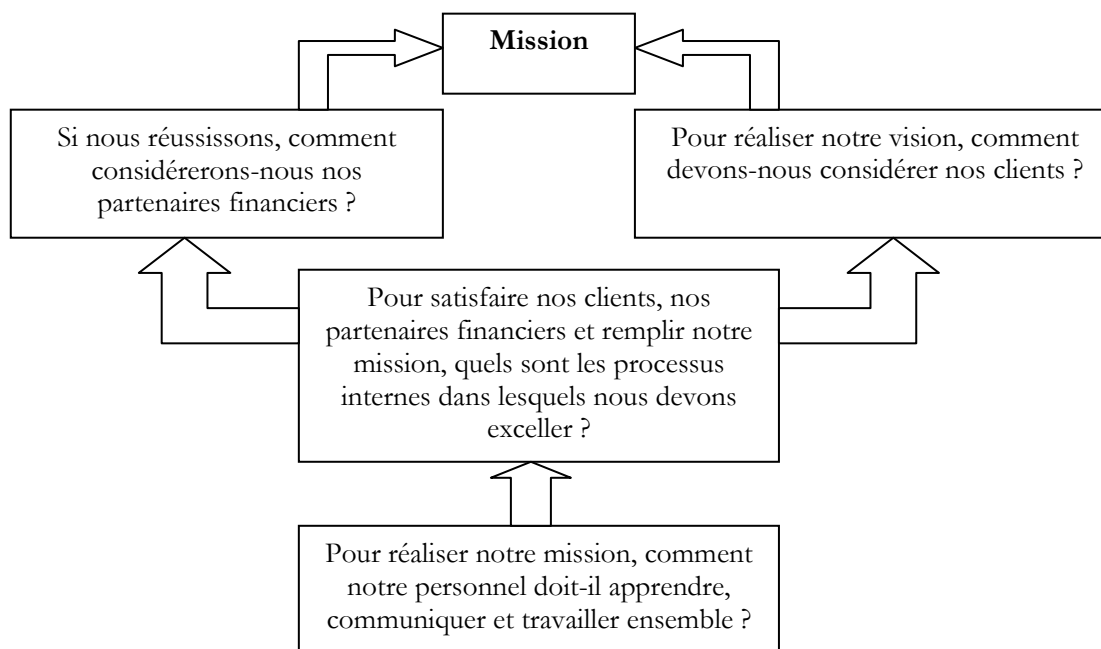


Figure 4. L'adaptation du cadre du TBP aux organisations à but non lucratif

L'axe « clients »

L'axe « clients » du TBP identifie les segments de marché sur lesquels l'entreprise souhaite se positionner, ceux qui généreront le chiffre d'affaires nécessaire à la réalisation des objectifs financiers. Les indicateurs qui y sont associés permettent de mesurer la satisfaction, la fidélisation, la conservation, l'acquisition et la rentabilité du client. Ils sont donc liés au résultat ¹⁹. Ceci amène deux remarques :

- Certains rechignent, volontairement, à utiliser le terme « client » et continuent délibérément à employer le vocable « patient ». Cette querelle est un peu vaine. Le dictionnaire, d'ailleurs, définit le client comme « celui qui requiert des services moyennant rétribution » (le docteur reçoit ses clients). C'est pourquoi, dans ce mémoire, les termes seront utilisés indifféremment. Notons que l'utilisation du terme « client » en lieu et place de « patient » ne signifie pas qu'on annihile les valeurs humaines pour ne retenir que la valeur économique ou profitable du « client » !
- Dans un hôpital public, compte tenu de la législation en vigueur, bon nombre de clients sont « captifs ». C'est pourquoi, toute la problématique de la segmentation est moins aiguë que dans l'entreprise privée. Elle demeure, toutefois, nécessaire pour toutes les parts de marché où la concurrence est réelle, notamment, dans le secteur ambulatoire.

Le milieu de la santé, depuis quelques années, de sa propre initiative ou sur pression extérieure, en particulier des tribunaux (voir, notamment, les arrêts du Tribunal fédéral sur le consentement éclairé du patient ²⁰), a complètement changé sa manière d'envisager sa relation avec les patients.

¹⁸ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 143-144

¹⁹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 38, 79 et ss

²⁰ ATF 4P.110/2003

Celle-ci transparaît clairement dans des projets comme les enquêtes de satisfaction de patients, les démarches qualité, les programmes de traitement de la douleur, les chartes de patients, les mesures prises en vue d'améliorer l'information du patient et son consentement éclairé aux traitements envisagés. Cela a nécessité une profonde modification des procédures d'accueil, de prise en charge, de traitement et de sortie des patients. Le suivi de ces processus, leur mesure et leur évaluation constituent un des objectifs central du TBP. C'est pourquoi, dans un hôpital, la dimension « client » est placée très haut dans le tableau de bord.

L'axe « processus internes »

« Les dirigeants s'appuient sur l'axe des processus internes pour identifier les processus clés de l'entreprise, ceux où elle doit exceller, car ils lui permettent :

- d'offrir une prestation qui attirera et fidélisera les clients des segments de marché ciblés,
- d'assurer aux actionnaires le rendement financier qu'ils attendent »²¹.

Pour bien appréhender la dimension « processus internes » en milieu hospitalier, il faut bien comprendre l'organisation des hôpitaux, ses forces, ses faiblesses. H. MINTZBERG décrit de manière exhaustive le fonctionnement de ce type d'institution qu'il classe dans ce qu'il appelle les organisations professionnelles²². En résumé, on peut déduire de cette analyse que l'organisation de l'hôpital se caractérise avant tout par l'importance de son centre opérationnel qui regroupe un grand nombre de départements ou services, relativement indépendants les uns des autres. Par ailleurs, les mécanismes de coordination formels font souvent défaut, car jugés peu utiles du fait de l'importance donnée à deux autres mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel entre collaborateurs et la standardisation des qualifications. On y relève également une faiblesse de la technostructure, un accent porté sur la logistique, une ambiguïté du sommet stratégique et une absence de ligne hiérarchique.

« La partition de l'hôpital en un certain nombre d'unités crée une partition de l'environnement en autant de sous-environnements distincts. Chaque service de l'hôpital entretient des relations privilégiées avec une fraction de l'environnement ». C'est ce qu'on appelle la différenciation. Celle-ci renforce les barrières naturelles à la communication. Elle engendre une dynamique centrifuge. Pour éviter des conséquences par trop négatives, il faut mettre en place des mécanismes fédérateurs et de résolution de conflits. C'est ce qu'on appelle l'intégration²³.

Tous ces tiraillements au sein des établissements engendrent une insuffisance de coordination horizontale qui résulte de la division de l'hôpital en unités et services et une insuffisance de coordination verticale qui provient de la coexistence de catégories d'acteurs (médecins, personnel soignant, administration) obéissant à des logiques comportementales différentes²⁴. Ces insuffisances de coordination bloquent les processus internes et peuvent avoir des conséquences, en particulier pour les patients, mais aussi sur le plan financier.

Relevons, de surcroît, que la communication des procédures, des ordres ou de simples informations dans un hôpital est marquée par la tradition orale. Cette manière de faire n'est, aujourd'hui, plus tolérable du fait des nombreux dysfonctionnements constatés simplement par manque de rigueur de transmission. NOBRE (cf op. cit.) cite un certain nombre d'exemples

²¹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 39-40, 107 et ss

²² MINTZBERG H. Le management. Editions d'organisation. Paris 1998; 255 et ss

²³ CREMADEZ M. Le management stratégique hospitalier InterEditions. Paris 1992; 22 et ss

²⁴ NOBRE T. Le tableau de bord prospectif. Gestions hospitalières. Mars 2002 ; 176-177

d'insuffisances de coordination : non-respect des procédures de demandes d'examens, prise en charge post-opératoire défaillante, retards et interruptions au bloc, détournement du rôle des urgences, programmation du bloc insuffisante, planification des visites insuffisante, planification des sorties insuffisante, attentes à la réception, etc... Il conclut que les outils de gestion utilisés actuellement ne permettent pas d'analyser la performance de ces processus internes. En conséquence, la perspective « processus interne » du TBP pourrait constituer une solution pour donner une vision globale de ces processus internes et en permettre le pilotage à partir des indicateurs appropriés afin de réduire les dysfonctionnements, ce qui, à terme, aurait une influence sur les coûts de fonctionnement de l'hôpital mais aussi sur la satisfaction des clients.

Pour mesurer les processus internes, on fait appel à une panoplie d'indicateurs en fonction du type d'entreprises. Dans le domaine hospitalier, on peut signaler : les temps d'attente aux urgences, aux admissions ou à la sortie, la durée de séjour, le taux de réadmission, le personnel quotidien par rapport au taux d'occupation, le taux d'infection nosocomiale, l'utilisation des processus cliniques, etc...

Certains diront qu'il n'y a pas de différences fondamentales entre la démarche du TBP et celle des systèmes classiques, comme les Démarches Qualité. Au contraire :

- Dans le TBP, les indicateurs sont définis à partir de stratégies explicites visant à répondre, notamment, aux attentes des patients. « On met ainsi en lumière des processus entièrement nouveaux que l'entreprise doit parfaitement maîtriser pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, tant financiers qu'à l'égard de ses clients. On privilégie les procédures qui jouent véritablement un rôle clé dans la performance stratégique de l'entreprise ».
- « La seconde différence est l'incorporation des processus d'innovation dans cette catégorie d'indicateurs. La capacité d'une entreprise à conduire sur plusieurs années un processus de développement de produits ou à atteindre de nouvelles catégories de clients se révèle souvent beaucoup plus fondamentale pour la performance économique future que son aptitude à gérer les opérations existantes avec efficacité, rigueur et réactivité »²⁵.

L'axe « apprentissage organisationnel »

« L'apprentissage organisationnel a trois composantes : les hommes, les systèmes, les procédures. Les axes financiers, clients et processus internes du TBP révéleront le fossé entre les capacités actuelles des hommes, des systèmes et des procédures et celles qui sont nécessaires à une véritable avancée dans la performance. Pour combler ce fossé, les entreprises doivent investir afin de donner de nouvelles compétences à leurs salariés, d'améliorer les systèmes d'informations et d'ajuster les procédures et les pratiques. Comme l'axe client, des indicateurs génériques de résultats – satisfaction, fidélité, formation et compétence des employés – sont associés à des déterminants de la performance propres à l'activité, comme le recensement des compétences spécifiques requises par le nouvel environnement concurrentiel »²⁶.

Le TBP permet de s'intéresser à des notions comme le potentiel des salariés, leur motivation, leur responsabilisation. Dans le domaine hospitalier, outre ces aspects, cette perspective peut prendre une toute autre dimension suivant la mission de l'établissement. Les hôpitaux universitaires, voire cantonaux, par exemple, ont, en effet, des objectifs de recherche, de développement et d'enseignement qui les obligent à développer cet axe « innovation » de manière plus accrue. En tout état de cause, compte tenu de l'importance du facteur humain dans les institutions de santé, il convient de développer la dimension « apprentissage » que ce soit individuellement ou sur le plan organisationnel.

²⁵ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 39-40

²⁶ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 40-41, 137 et ss

2.2 LE TBP : UN BON OUTIL POUR L'HOPITAL ?

2.2.1 Le TBP ou un autre outil ?

On peut se poser la question de savoir si le TBP est, intrinsèquement, un bon outil et s'il diffère de façon substantielle des autres outils de management. Puis, on doit se demander s'il est vraiment adapté au monde hospitalier. Dans un premier temps, délimitons un peu mieux le TBP. En effet, dans la mesure où ce dernier n'apporte pas clairement de plus-value par rapport aux autres outils, il paraît vain de consacrer beaucoup d'énergie et de moyens à l'adopter.

La démarche du TBP diffère, de manière conséquente, des approches traditionnelles d'évaluation. En effet, elle apporte des éléments de réponse à la plupart des problèmes de management, étant un système intégré d'indicateurs permettant d'obtenir une vision globale de l'activité de l'entreprise, alors que les outils classiques sont souvent trop étroits et sectoriels. Par exemple :

- La vision de l'institution n'est pas comprise par les collaborateurs : le TBP aide à communiquer clairement la stratégie à l'ensemble de l'entreprise.
- L'équipe dirigeante « croule » sous une multitude de projets : le TBP exige d'identifier les dossiers principaux de manière à ne pas se perdre dans des travaux inutiles puisque tout projet, pour être validé, doit être aligné sur les objectifs stratégiques.
- Le système de rémunération et de conduite du personnel n'est pas optimal : le TBP incite les collaborateurs à rechercher dans leur activité professionnelle tous moyens propres à créer de la valeur ajoutée au sein de l'entreprise et permet, assez facilement, - mais ce n'est pas une obligation - de lier la performance individuelle à la rémunération.
- On constate des dysfonctionnements dans les équipes : le TBP clarifie le rôle de chacune et décloisonne l'organisation.

Mais la différence la plus significative provient du fait que le TBP crée des valeurs à long terme, de par son orientation « client » ou le développement de nouvelles compétences, et qu'il est prospectif, c'est-à-dire qu'il ne reflète pas seulement les résultats des actions déjà exécutées mais est orienté « stratégie », « avenir ». MOORAJ S. a démontré que le TBP créait de la valeur dans de nombreux domaines : système de management beaucoup plus intégré, plus grande autonomie des Business Units, etc...²⁷.

Relevons également que le TBP responsabilise beaucoup plus les collaborateurs, puisque ceux-ci sont mieux orientés et plus motivés à atteindre les objectifs stratégiques de l'entreprise et qu'ils peuvent mieux comprendre l'évolution de leur organisation. La communication et la sensibilisation stimulent, en effet, la motivation.

Plus précisément, examinons en quoi le TBP diffère d'autres outils, en premier lieu, de la « Qualité Totale » ou des Démarches Qualité ? Ses concepteurs répondent, sans ambages :

« Le tableau de bord prospectif est parfaitement compatible avec les principes de la Qualité Totale. Les projets pour améliorer la qualité, la réactivité et l'efficacité des processus internes peuvent s'intégrer dans la partie opérationnelle de l'axe interne du tableau de bord... Le tableau de bord optimise à bien des égards l'efficacité des programmes de Qualité Totale. Tout d'abord, le tableau de bord identifie les processus internes dont l'amélioration est la plus vitale aux succès

²⁷ MOORAJ S. Op. Cit.

stratégiques. Dans de nombreuses organisations, les programmes locaux de Qualité Totale ont réussi, mais leur impact n'a pas pu se faire sentir dans les performances financières ou pour le client. Le tableau de bord identifie et fixe les priorités sur les processus qui sont les plus importants pour la stratégie ; il indique également si l'amélioration des processus devrait porter plutôt sur la réduction des coûts, l'amélioration de la qualité ou la compression de la durée du cycle... *(et de citer un manager* : Le tableau de bord a unifié et canalisé nos efforts de Qualité Totale. Nous avions un tas d'équipes faisant un tas de choses, mais les efforts étaient ponctuels. Le tableau de bord a tout rassemblé dans une démarche unique) ... Le deuxième apport du tableau de bord aux programmes de Qualité Totale se produit en forçant les responsables à expliquer la liaison entre l'amélioration des processus opérationnels et les résultats positifs pour les clients et les actionnaires ou les financeurs... Les entreprises qui se concentrent exclusivement sur la qualité et l'amélioration du processus local ne relient pas ces améliorations aux résultats attendus soit dans le domaine financier ou dans celui du client. Ces entreprises suivent une stratégie du domaine des rêves pour la qualité *(et de citer encore un manager* : Si nous améliorons la qualité, les résultats financiers suivront). Le tableau de bord exige que la liaison soit explicite. Une des liaisons va de l'amélioration de la qualité, sur l'axe interne, à un ou plusieurs résultats (et non processus), sur l'axe client. Une autre liaison va des améliorations de la qualité qui permettent aux entreprises de réduire les coûts, ce qui entraîne un résultat sur l'axe financier »²⁸.

Autrement dit, la démarche Qualité Totale n'est de loin pas inutile : elle permet à l'organisation de « faire bien les choses ». Le TBP va plus loin puisqu'il exige de « faire les bonnes choses ».

KAPLAN et NORTON ont également été interpellés sur les relations qui existaient entre le TBP et la méthode ABC (coût par activité)²⁹. Ils ont relevé que cette démarche identifiait les inducteurs de coût et les mesures que peut prendre l'organisation pour réduire ses frais. Toutefois, ils ont répondu qu'aucun système de coût ne pouvait mesurer la valeur de ce qu'une organisation faisait pour son client. En tout état de cause, ils ont admis que ces deux outils n'étaient pas incompatibles. Ils pouvaient même être complémentaires. Il en est de même de la démarche de gestion fondée sur la valeur ajoutée économique : l'EVA.

Qu'en est-il du fameux « MBO (Management par objectifs) » ? Un tel outil est performant lorsque les objectifs pour lesquels il est mis en place sont clairement alignés à la stratégie de l'organisation. Or le TBP assure que cet alignement existe. C'est pourquoi beaucoup d'entreprises utilisent le MBO aux côtés du TBP qui est, quant à lui, employé pour déployer la stratégie à tous les niveaux de l'institution³⁰.

Lorsqu'on examine des outils plus traditionnels encore, comme la comptabilité analytique d'exploitation, on remarque que ceux-ci n'offrent qu'une vision partielle de la performance. MENDOZA et cons. affirment que les coûts mesurent les consommations de ressources, non les éléments qui contribuent à créer positivement la valeur du service aux yeux du client, des actionnaires, des salariés. La comptabilité analytique, par exemple, offre non seulement une représentation réductrice de la performance, puisque focalisée sur la seule dimension coûts, mais elle peut conduire à des décisions contraires à l'intérêt de l'entreprise, puisque la diminution du coût du produit (ou du service) peut s'opérer au détriment de vecteurs plus importants comme la qualité ou les délais ou la sécurité. Si l'on observe les mécanismes de la gestion budgétaire, on remarque que celle-ci procède « d'une démarche volontariste qui met l'entreprise sous tension ex ante vers des objectifs qu'elle a choisis ». Par ailleurs, elle favorise la coordination verticale et horizontale au sein de l'entreprise. En réalité, la coordination verticale ne se fait que rarement car elle suppose que les objectifs budgétaires soient réellement négociés de part et d'autre, ce qui n'est pas toujours le cas.

²⁸ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 407-409

²⁹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 410-411

³⁰ MOORAJ S. Op. cit.; 186

De plus, l'outil budgétaire est critiquable à double titre, du fait de sa lourdeur et de sa lenteur, tant dans sa phase d'élaboration que de suivi. Il ne se limite qu'au langage comptable et financier, oubliant, par exemple, qu'un écart sur le chiffre d'affaires peut provenir d'un problème de qualité, d'un délai excessif dans la fourniture d'une prestation, etc... « De ce fait, le suivi budgétaire est en général peu parlant pour des responsables opérationnels dans une perspective de pilotage, car il ne « pointe » pas les variables sur lesquelles ils peuvent agir... Il est critiqué pour la « myopie » qu'il peut créer chez les managers »³¹.

Comme on peut le constater, il est nécessaire de compléter (non pas de remplacer) les outils traditionnels de contrôle et de mesure, d'où le recours au TBP. La grande force de celui-ci est son caractère intégratif. Il offre un système complet de gestion stratégique, en déclinant la vision en objectifs, indicateurs, buts, actions et responsabilités, en réconciliant les différents angles de vue, en guidant la transformation au sein de l'organisation ou en liant la stratégie et les indicateurs à long terme, avec une planification et un budget plus orientés à court terme. Il n'est pas exclusif des autres outils mais sait plutôt les intégrer lorsque les circonstances l'exigent. Dès lors, il est plus général, étant centré sur la stratégie, que les autres outils centrés sur l'activité, les processus et des résultats spécifiques. Cette vision globale est obtenue grâce à un équilibre entre indicateurs à travers les perspectives précitées. Le TBP apporte donc une nouveauté majeure par rapport aux autres outils ou tableaux de bord de l'ancienne génération³².

Doit-on, en conséquence, considérer le TBP comme une panacée universelle ? Certains auteurs, comme BESSIRE D., demeurent sceptiques et dénoncent certaines lacunes de cet outil : « Le défaut de conceptualisation qui marque la conception du TBP est particulièrement patent dans la prise en compte de la dimension *politique*. Celle-ci n'apparaît que de manière accessoire et fugitive, exprimée généralement par les termes « vision » ou « mission » et est peu clairement définie... ce défaut de théorisation a des conséquences très concrètes : elle est un obstacle à la transmissibilité ; sans le recours de cabinets de conseil ayant accumulé un savoir-faire empirique, la mise en œuvre du TBP a peu de chances de produire les bénéfices que font miroiter KAPLAN et NORTON... Ce défaut de conceptualisation apparaît également dans la définition des *objectifs*. La relation entre objectifs (dimension économique) et finalité ou raison d'être de l'entreprise (dimension politique) n'est pas explicitée... Malgré ses limites, le TBP semble connaître un certain succès. Les raisons tiennent à notre avis moins aux propriétés intrinsèques de l'outil qu'au rôle qu'il est susceptible de jouer dans le pilotage des organisations... Mais sans identification de la raison d'être, de la vocation de l'entité à piloter (dimension politique), le pilotage est dénué de sens »³³. Ces réflexions doivent nous pousser à nous tenir sur nos gardes pour que, lors de sa construction, le TBP ne devienne pas une véritable « machine infernale », ésotérique, construite dans un vacuum par des consultants en mal de juteux mandats.

Pour terminer, en ce qui concerne la question de savoir s'il faut plutôt opter pour le TBP que pour le tableau de bord « à la française » (qui ne comporte pas l'examen des relations de cause à effet entre les quatre différentes composantes), il ne nous paraît pas très important de trancher, puisque la démarche fondamentale est identique et que les deux solutions ont tendance à se rapprocher (cf MENDOSSA et cons.). Dans le cadre du présent mémoire, nous donnerons la priorité au TBP.

³¹ MENDOSSA C., GIRAUD F., DELMOND M.-H. ET LÖNING H. Tableaux de bord et balanced scorecards. Paris 2002 ; 22 et ss

³² OYON D. et MOORAJ S. Le Balanced Scorecard : mode ou création de valeur ? L'expert-comptable suisse 6-7/98, 613 et ss

³³ BESSIRE D. Du Tableau de bord au pilotage : l'entreprise au risque de se perdre, in Actes du XXI^e Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000

2.2.2 Le TBP et le monde hospitalier

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur le TBP comme outil, applicable au management d'entreprises en général. Mais, peut-on l'appliquer sans autre au monde hospitalier ?

Dans son analyse relative au choix de tableaux de bord pour l'hôpital, NOBRE est parti de l'idée que la direction d'un hôpital public est, aujourd'hui, confrontée à la définition des objectifs stratégiques et au contrôle de l'activité opérationnelle :

- En ce qui concerne les objectifs stratégiques, elle n'est pas libre d'agir comme elle l'entend. Elle doit, en effet, tenir compte du cadre légal et surtout de la planification hospitalière cantonale. Elle disposera de plus ou moins d'autonomie dans la définition de sa stratégie, en fonction du statut juridique de son établissement. En effet, si ce dernier est constitué en société anonyme de droit public, en association ou en fondation, elle devra faire avaliser sa stratégie par les organes qui sont, dans cette hypothèse-là, communs : Conseil d'administration, Conseil de Direction, cas échéant, Assemblée générale. Par contre, si l'institution est organisée en établissement de droit public autonome ou intégrée complètement dans l'appareil étatique, donc constituée à partir d'un décret cantonal, la situation peut être totalement différente. En effet, même si traditionnellement, ce genre d'établissement dispose d'un Conseil d'administration et d'une Direction générale, l'Etat se garde un droit de regard plus ou moins fort, soit par l'intermédiaire du Département de la Santé, du Conseil d'Etat, voire du Grand Conseil. Dans ce cas-là, la définition des objectifs stratégiques devient bien plus complexe. En conséquence, la mise en place d'un TBP sera plus ou moins délicate, en fonction du statut de l'hôpital. Elle peut même s'avérer impossible, tant il y a de « décideurs » à convaincre !
- Quant à la bonne utilisation des ressources financières mises à disposition, il faut reconnaître que, face à l'explosion des coûts, la tâche de la direction devient de plus en plus difficile. C'est pourquoi la vision budgétaire et financière a tendance à marquer fortement les outils de mesure et de gestion comme les tableaux de bord, soit pour prouver que les moyens alloués le sont à bon escient, soit pour justifier des demandes de ressources supplémentaires. Cette logique budgétaire induit une lourdeur relative des tableaux de bord. NOBRE résume bien la situation : « Les tableaux de bord utilisés dans le système hospitalier présentent ainsi les caractéristiques des tableaux de bord traditionnels utilisés par les entreprises jusqu'au début des années 80 avec une forte logique financière et budgétaire, un objectif de reporting interne et un fonctionnement centralisé. Pour être efficace, cette approche budgétaire repose sur deux conditions : une bonne mesure de la production et une bonne connaissance des règles de causalité de consommation. Or l'hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions de base. La mesure de la production constitue toujours une difficulté importante... le contrôle budgétaire et les outils qui l'accompagnent, principalement le tableau de bord traditionnel, apparaissent ainsi peu adaptés à un pilotage effectif de la performance des établissements hospitaliers. Il s'agit d'un contrôle aveugle »³⁴.

Comme les défis auxquels doivent faire face les directions hospitalières ne souffrent pas d'attentisme, il s'agit d'offrir aux managers d'hôpital des solutions envisageables. Le TBP en est une. Mais est-il vraiment adapté à de telles institutions ?

³⁴ NOBRE T. Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? in Actes du XXIe Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000

Pour répondre à cette question, il faut consulter ses concepteurs eux-mêmes qui se sont largement exprimés sur le sujet ³⁵. Ils reconnaissent tout d'abord qu'il y a de véritables difficultés à mettre en œuvre un TBP dans les institutions de santé, d'une part, parce qu'il ne leur est pas aisé de définir clairement leur stratégie et, d'autre part, parce que le succès financier (en principe placé tout en haut du TBP) n'est pas leur objectif principal. Toutefois, comme nous l'avons vu (cf 2.1.2 supra), ils suggèrent de modifier le TBP afin de placer la mission, voire les clients en haut du tableau de bord. Pour démontrer que l'introduction d'un TBP dans un hôpital est tout à fait possible, ils présentent, dans leur ouvrage, deux exemples: celui de l'hôpital universitaire pour enfants de Duke, à Durham, en Caroline du Nord, et celui de l'hôpital universitaire Montefiore, dans le Bronx, à New-York.

« L'hôpital de Duke ... enregistrait des hausses de coût de 35% par cas entre 1994 et 1995. La durée moyenne de séjour de huit jours était de 15% au-dessus des objectifs. L'hôpital perdait de l'argent, le personnel était insatisfait et les récents projets d'amélioration des processus avaient échoué... Le Docteur Jon MELIONES lança un programme de TBP qui finalement toucha toutes les installations pédiatriques de l'hôpital... Il utilisa le TBP comme un cri de ralliement pour commencer à « faire une meilleure médecine »... Les résultats ont été spectaculaires...».

Le Docteur MELIONES fit les constats suivants :

- L'hôpital n'avait pas une idée claire des services qu'il devait fournir en priorité.
- Il n'y avait aucun objectif commun entre l'administration, le personnel et les médecins.
- La communication et la coordination avec les pédiatres qui adressaient des malades étaient médiocres.
- La position de l'hôpital sur le marché était en butte à la concurrence.
- L'hôpital avait le plus grand mal à équilibrer soins de qualité, satisfaction du malade, satisfaction du personnel et enseignement et recherche avec les objectifs financiers.

L'équipe de responsables de l'hôpital prit alors les mesures suivantes :

- Définition de la mission et de la vision, ce qui impliquait une analyse des objectifs de l'institution pour s'assurer de la compatibilité avec l'ensemble du centre médical, pour faire des comparaisons avec les données nationales et définir des centres d'excellence fondés sur les points forts existants et les besoins prévus.
- La vision devint : de procurer aux patients, aux familles et aux médecins « envoyeurs » la plus compatissante et la meilleure possible et d'exceller dans la communication.
- La stratégie partait de l'hypothèse qu'avec de meilleurs soins et une meilleure communication, le nombre de patients envoyés par les médecins et les recettes augmenteraient. De plus, elle visait à réduire les coûts et la durée du séjour pour retrouver une viabilité financière.
- L'équipe rebaptisa l'axe « apprentissage et développement » en « recherche, éducation et enseignement » car cette mission était fondamentale dans un centre hospitalier universitaire.
- C'est lorsque le TBP a été communiqué et accepté que le plus difficile a commencé : comment le réaliser ?Très vite le personnel se mit à proposer uniquement des projets susceptibles d'être à fort impact et généralement à faible coût.

³⁵ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 23-24 ; 163-170

- Tout une série de nouveaux processus ont été appliqués : les soignants tenaient désormais une réunion quotidienne pour parler des patients qui devaient sortir le jour même : avant que le patient ne quitte l'hôpital, les familles étaient informées sur le traitement à donner et les médecins ayant donné les premiers soins étaient avisés du traitement en interne et de celui recommandé à la sortie. Les médecins recevaient leurs statistiques mensuelles concernant leurs coûts par cas ainsi que les notes de satisfaction des patients et du médecin traitant comparées à celle de l'ensemble des médecins. Ils pouvaient désormais se comparer à leurs collègues et pairs et rechercher des moyens de s'améliorer.

Au bout de trois ans, le coût par cas et la durée de séjour de l'hôpital diminua de 25% et la satisfaction et la fidélisation s'accrurent tant parmi les clients de l'hôpital que parmi les patients que les médecins traitants. Le TBP mis en place par l'hôpital de Duke est parfaitement en conformité avec les idées des concepteurs de cet outil. Il place la mission en haut du tableau, donne une importance accrue à la perspective « client », tout en « minimisant » l'axe financier comparativement à une industrie à but lucratif.

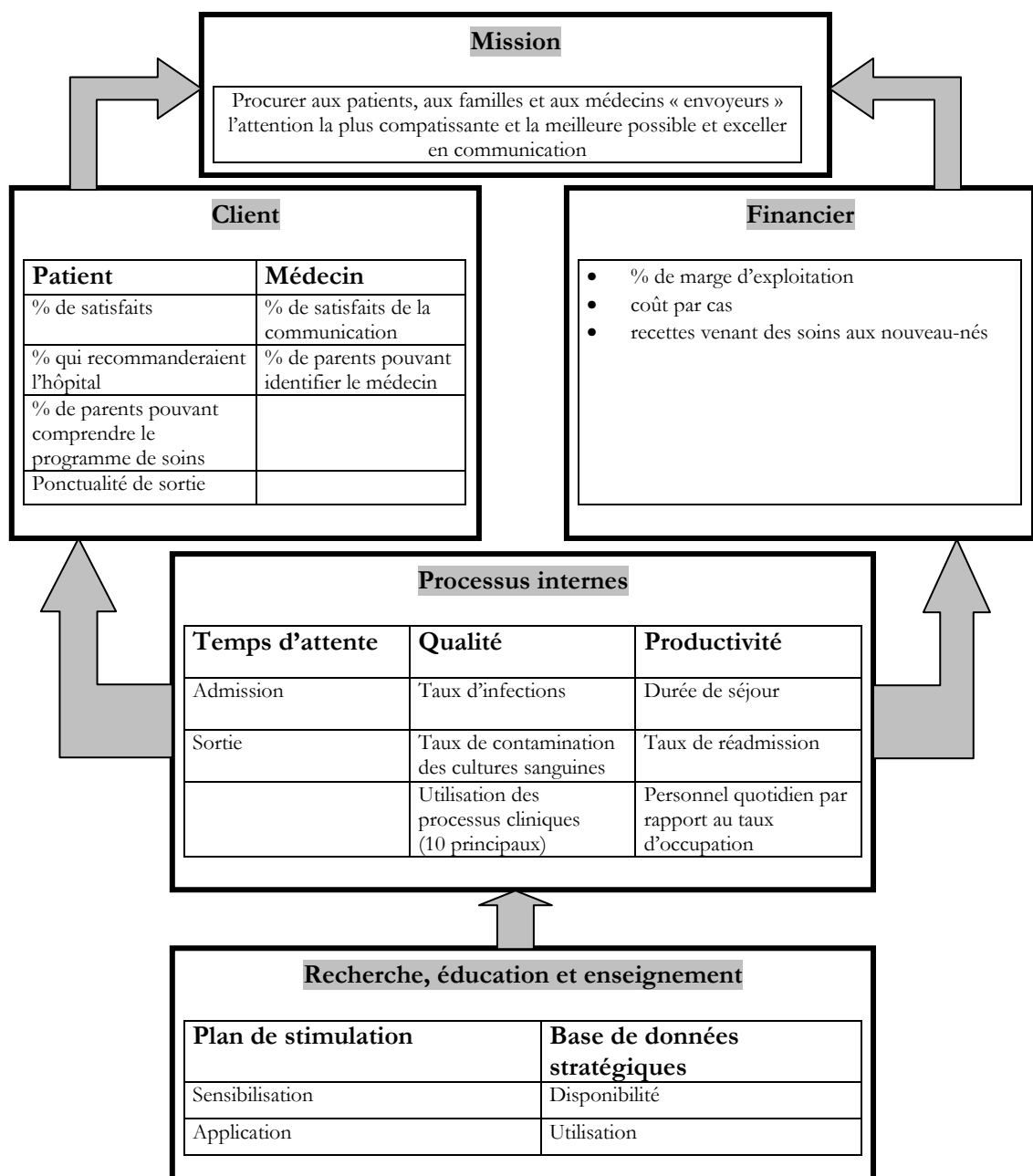


Figure 5. Le tableau de bord prospectif de l'hôpital pour enfants de Duke

L'exemple de l'hôpital Montefiore est tout aussi intéressant, même dans un contexte différent. Cet établissement résulte de la fusion de deux institutions distantes de six kilomètres. Le TBP s'est concentré sur la satisfaction des patients et sur les processus cliniques et administratifs. A y regarder de plus près, on remarque que la plupart des mesures semblent opérationnelles, conçues pour attirer l'attention du personnel sur l'amélioration des processus pour traiter et soigner les patients et améliorer les coûts, la qualité et la ponctualité. Les mesures stratégiques sont utilisées pour positionner Montefiore et l'ancrer dans un avenir durable.

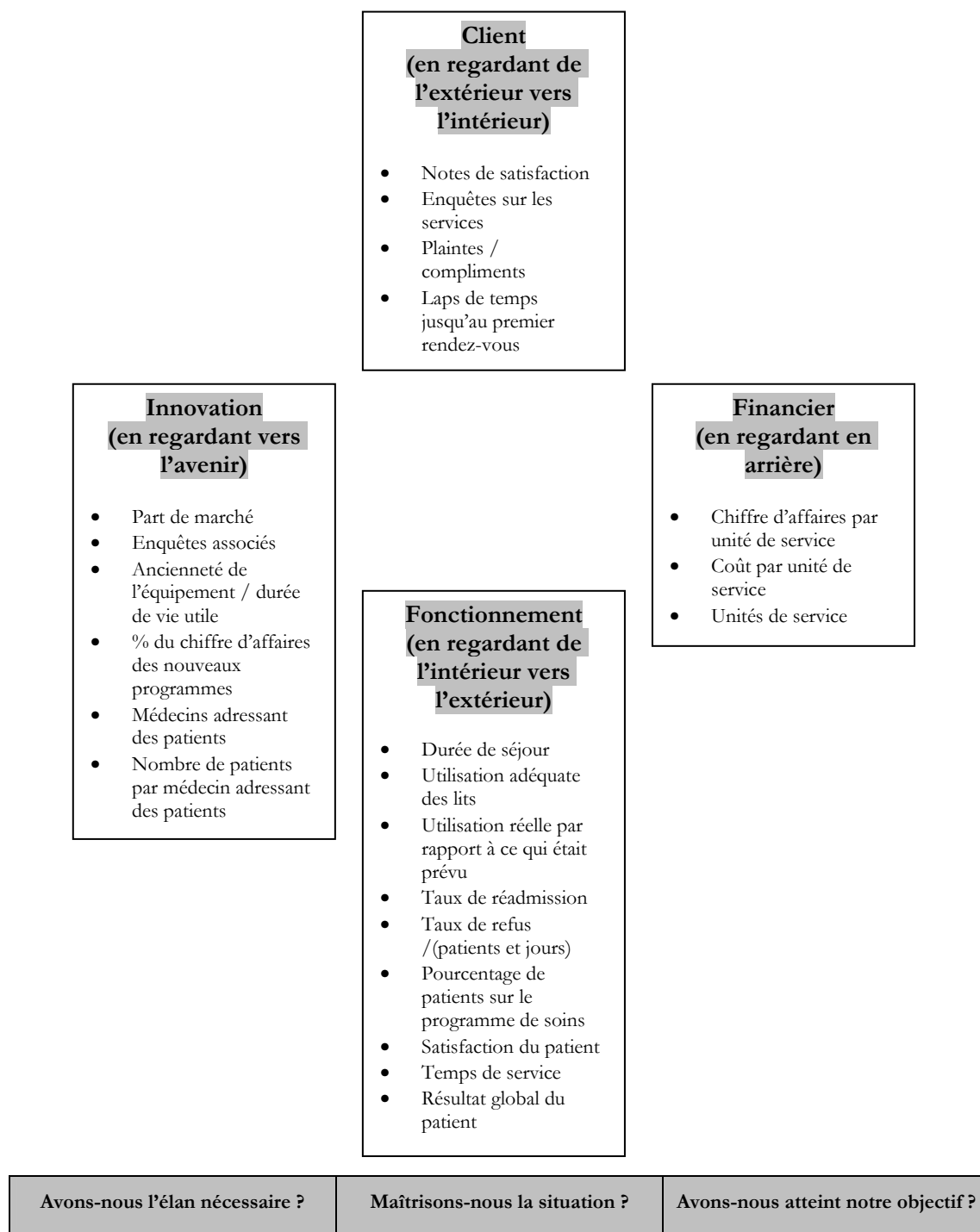


Figure 6. Le tableau de bord prospectif de l'hôpital Montefiore

Ces exemples tendraient à faire accroire que le TBP est adapté au monde hospitalier. Toutefois, il paraît intéressant de consulter d'autres auteurs à ce sujet.

INAMDAR ³⁶ est persuadé de la plus-value apportée par le TBP et considère que ce dernier produit les bénéfices potentiels suivants pour les organisations de santé :

- Il aligne l'organisation sur une stratégie plus orientée « marché » et plus centrée « client ».
- Il facilite et assure le suivi de l'implémentation de la stratégie.
- Il fournit un mécanisme de communication et de collaboration.
- Il confie la responsabilité de la performance à tous les niveaux de l'organisation.
- Il fournit un « feedback » continu sur la stratégie et promeut les ajustements.

SANTIAGO ³⁷, de même, considère que le TBP est un bon moyen pour apprécier le niveau de qualité d'une organisation, puisqu'il peut résumer un paquet d'indicateurs de qualité de soins. Même si le TBP a été développé pour le business, il peut être adapté au domaine de la santé. Dans le passé, les indicateurs de qualité étaient concentrés sur deux aspects des soins : clinique et financier. L'intérêt du TBP est d'aller plus loin dans l'analyse et de permettre de porter également son regard sur les patients et les processus internes. Par ailleurs, cet auteur propose d'intégrer un cinquième axe : « l'outcome » clinique et financier qui est, selon lui, implicitement inclus dans la dimension « client » de KAPLAN et NORTON, mais qui devrait être séparé lorsqu'on s'occupe du secteur de la santé. Dans cette perspective, on mesure, par exemple, la mortalité ou le coût par cas dans un service. Il conclut que le TBP peut être utile pour trois raisons. Premièrement, il permet d'informer les patients, les employés, l'Etat et les assureurs sur la qualité des services fournis et sur les options à disposition pour acquérir de la valeur. Deuxièmement, le TBP permet aux institutions et aux praticiens, grâce à la publication de leurs résultats, de vendre leurs services aux patients, aux employés et aux payeurs qui peuvent ainsi faire des choix basés sur la capacité et les compétences des fournisseurs de soins et satisfaire leurs demandes. Enfin, le TBP est un outil d'implémentation de la stratégie qui combine toute une série d'indicateurs, les reliant entre eux dans une chaîne d'événements et conduisant l'organisation dans la direction désirée.

CURTRIGHT ³⁸ décrit comment la Clinique Mayo à Rochester, Minnesota, a développé un système de la mesure de la performance, se fondant sur le TBP. Parmi les motivations qui ont poussé les managers à entreprendre cette démarche, il relève que le grand public, les patients et les payeurs attendent des fournisseurs de soins une démonstration, en termes clairs et compréhensibles, de la valeur des services offerts.

OLVE, ROY et WETTER ³⁹, enfin, convainquent tout sceptique que le TBP peut très bien être adapté au secteur public, puisqu'ils rappellent qu'une des idées centrales du TBP réside dans le fait que les indicateurs financiers ne doivent pas toujours être au premier plan. C'est pourquoi, cet outil est particulièrement approprié aux organisations qui n'ont pas le profit comme premier objectif.

³⁶ INADMAR N., KAPLAN R. et BOWER M. Applying the Balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management* 47:3 May/June 2002; 179 et ss

³⁷ SANTIAGO J.M. Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*. December 1999. Vol. 50, No 12 ; 1571 et ss

³⁸ CURTRIGHT J.W., SOLP-SMITH S.C. et EDELL E.S. Strategic performance management : development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Strategic performance management. Journal of Healthcare Management* 2000 ; 15; 58 et ss

³⁹ OLVE N.-G., ROY J. et WETTER M. Performance drivers : a practical guide to using the balanced scorecard. John Wiley & Sons, Chichester West Sussex 2002; 296 et ss

En conséquence, nous pouvons répondre par l'affirmative à la question de savoir si le TBP est utilisable par le monde hospitalier. Il doit, certes, être adapté quelque peu mais sans être dénaturé. Les indicateurs financiers ne reflétant ni la « raison d'être » ni les véritables succès opérationnels d'un hôpital, ne doivent pas être, comme pour les entreprises à but lucratif, mis au premier plan. Comme ils ne se focalisent que sur des valeurs matérielles, ils doivent être complétés afin que la création de valeurs immatérielles par la qualification des collaborateurs ou l'amélioration de la transmission des informations dans la chaîne des soins, soit valorisées. De même, le rendement d'un hôpital peut être mis sous pression par le mécontentement des patients, des médecins ou et des collaborateurs, sans que ce danger ne soit perceptible au travers des indicateurs traditionnels. C'est pourquoi, la mise en lumière des axes « client », « processus internes » et « apprentissage organisationnel » tend à mieux équilibrer la perception que l'on a de l'institution. Encore faut-il que ces indicateurs soient fixés en fonction des buts ou de la stratégie de l'organisation et que les acteurs au front connaissent les buts à atteindre !

2.2.3 Les fonctions du TBP dans un hôpital

Nous avons constaté que le TBP était adapté à l'hôpital. Il s'agit, maintenant, de se demander quelles fonctions précises nous voulons lui donner ? Il ressort de la littérature citée dans le présent mémoire que le TBP peut remplir plusieurs fonctions, notamment, :

1. Fournir un cadre stratégique.
2. Etablir les principes et les processus fondamentaux pour l'implémentation de la stratégie.
3. Fournir un mécanisme de communication et de collaboration qui assigne clairement les responsabilités aux personnes impliquées dans la mise en place de la stratégie, quel que soit leur niveau dans l'organisation.
4. Aider à la conduite de l'établissement, orientée « marché » et « client ».
5. Développer un système d'analyse et de reporting pour évaluer les progrès et succès de la stratégie.
6. Permettre une allocation directe des ressources pour le développement de nouveaux produits et services à l'attention des clients-cible et améliorer l'accès aux soins.
7. Introduire un processus continu de retour d'expérience et d'apprentissage, facilitant ainsi les ajustements rapides de l'organisation.
8. Permettre la mise en place d'un système de rémunération équilibré.
9. Mesurer la qualité des prestations fournies.

Examinons dans le détail ces fonctions :

Ad 1 : **Fournir un cadre**

Le TBP fournit une structure, grâce à laquelle l'hôpital peut mieux implémenter sa stratégie. Tout d'abord, il force l'établissement, à partir de sa mission et de ses valeurs, à élaborer sa vision (image de l'avenir), sa stratégie (plan d'action), ses initiatives stratégiques (que devons-nous faire ?) et les

but personnels de ses collaborateurs (que dois-je faire ?), le tout dans le cadre des quatre perspectives fondamentales (finances, client, processus internes et apprentissage organisationnel).

Ad 2 : Implémenter la stratégie

Déployer la stratégie n'est pas une mince affaire car, outre les problèmes de communication rencontrés (cf infra), encore faut-il faire en sorte que l'ensemble des collaborateurs mettent en œuvre les objectifs stratégiques arrêtés. Cela implique une modification des comportements. Le TBP est adapté à cette situation car il permet de supprimer les comportements opportunistes et d'accroître le degré de responsabilisation. Avec cet outil, les services et les employés savent ce que l'on attend d'eux et dans quelle mesure ils contribuent au processus de création de valeur ⁴². D'une certaine manière, le TBP permet de gérer le changement.

Ad 3 : Communiquer la stratégie

Dans le monde « marchand », la survie d'une entreprise dépend beaucoup de sa rapidité à adapter sa structure à la stratégie. C'est pourquoi, bien souvent l'équipe dirigeante n'a pas une minute à perdre pour communiquer au mieux ses objectifs stratégiques à l'ensemble des collaborateurs. Il est bien évident que, dans le domaine de la santé publique, l'acuité d'une telle pression extérieure n'est pas la même. Toutefois, cette fonction de communication demeure centrale. Le TBP, de par sa flexibilité, peut aider à clarifier, traduire et propager la vision et la stratégie à l'ensemble de l'organisation. Il permet ainsi d'orienter rapidement les actions de l'entreprise afin de tirer parti au mieux des opportunités et de contrecarrer certaines menaces (cf Op. cit.) ⁴⁰. Autrement dit, le TBP précise pour chaque échelon de l'institution, du plus important au moindre, quelle est la stratégie de l'établissement et les facteurs de succès. Il montre également quelle contribution chaque employé peut apporter pour mettre en œuvre la stratégie et rend aussi possible et transparente la relation entre la stratégie et les objectifs d'un service ou même d'un collaborateur.

Ad 4 : Système de conduite

Le TBP est en mesure de livrer un bon nombre d'informations, très pertinentes sous l'angle de la conduite d'une institution. Ces renseignements touchent aux objectifs stratégiques, à l'état actuel, aux prévisions, aux écarts entre objectifs et réalité et à une vue d'ensemble des actions et mesures stratégiques. C'est ainsi que, dans tout l'hôpital, la sensibilisation et l'apprentissage de la stratégie et d'une gestion orientée « marché » et « client » va augmenter.

Ad 5 : Reporting

Pour affiner leur stratégie et conduire au mieux leur entreprise, les dirigeants doivent disposer de données quantifiables, de manière simple et rapide. Le TBP permet d'atteindre cet objectif.

Ad 6 : Allocation directe de ressources

Très souvent dans le domaine hospitalier, l'allocation de ressources ne se fonde pas sur des éléments précis et fiables. On peut constater une surconsommation de ressources ou une sous-efficacité des moyens engagés sans que les directions ne s'en rendent véritablement compte et sans qu'elles disposent de moyens de contrôle ou d'interventions nécessaires. Le TBP constitue un support efficace pour recréer une double transversalité (horizontale, entre services, et verticale, entre catégories d'acteurs) puisque la complexité du fonctionnement de l'hôpital entraîne actuellement une faible visibilité des conséquences des comportements individuels ou collectifs sur la performance globale de l'établissement ⁴¹.

⁴⁰ OYON D. et MOORAJ S. Op. cit. 616-618

⁴¹ NOBRE T. Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? in Actes du XXI^e Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000

Ad 7 : **Retour d'expérience et d'apprentissage**

Faire de la stratégie le travail quotidien de chacun : telle est l'ambition des concepteurs du TBP. En réalité, ce principe est parfaitement juste car, au bout du compte, le succès vient des collaborateurs sur le terrain qui sont le plus à l'écoute des patients. Par ailleurs, les dirigeants doivent pouvoir bénéficier des expériences au front afin d'obtenir des résultats fiables, de sorte d'affiner la stratégie en permanence. C'est dans ce sens que le TBP favorise le retour d'expérience et d'apprentissage.

Ad 8 : **Rémunération équilibrée**

« La rémunération variable est un puissant levier pour attirer l'attention des salariés sur les objectifs de l'entreprise ... Cette liaison de la rémunération au TBP joue deux rôles importants : elle concentre l'attention du salarié sur les indicateurs les plus fondamentaux pour la stratégie et elle procure une motivation extrinsèque en récompensant les salariés lorsque les objectifs sont atteints. Lorsque tous les salariés ont compris comment leur rémunération est liée à la réalisation des objectifs stratégiques, la stratégie devient réellement le travail quotidien de chacun »⁴².

Ad 9 : **Mesure de la qualité**

Certaines institutions se sont lancées dans des démarches « qualité » fort complexes et se perdent dans la masse d'indicateurs, placés pêle-mêle, de-ci, de-là. Ces systèmes indigestes n'intéressent vite plus personne, si ce n'est les responsables de processus. Pour ces établissements, le TBP peut être utile car la philosophie même de cet outil postule un choix modeste d'indicateurs, par ailleurs reliés les uns aux autres et reflétant toujours les priorités de l'établissement⁴³.

Afin de bien comprendre les fonctions du TBP, il convient également de relever que cet outil ne remplit pas toutes les fonctions nécessaires à la gestion d'une institution. Il...

1. ...n'est pas un instrument destiné à définir la stratégie ; il l'implémente.
2. ...ne remplace ni la conduite de l'entreprise ni les décisions à prendre ; il est une aide à la décision.
3. ...n'est pas un système d'indicateurs purement mathématique ; il utilise les indicateurs pour le controlling interne et s'appuie sur les capacités d'analyse des responsables.
4. ...ne se développe pas une fois pour toutes ; il doit être adapté au fil des années en fonction des modifications des environnements externe et interne.
5. ...n'est pas un système « clés en main » ; il doit être mis en place par les responsables et développé constamment.
6. ...n'est pas un document secret, mais doit être implémenté de façon active, itérative et transparente.

⁴² KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 271-292

⁴³ SANTIAGO J.M. Op. Cit. 1575

En résumé, les quatre fonctions clés du TBP sont :

1. La fonction de **direction**, puisque le TBP mesure et guide la société vers ses objectifs stratégiques.
2. La fonction d'**intégration**, puisque le TBP intègre les différentes fonctions clés du management dans un cadre commun.
3. La fonction de **communication**, puisque le TBP facilite la communication de la stratégie au sein de l'entreprise. Il permet également d'améliorer le dialogue entre les professionnels de la santé et le personnel administratif.
4. La fonction d'**apprentissage**, puisque les liens entre les différentes perspectives permettent d'identifier rapidement les problèmes et de prendre les mesures correctives.

Etant au clair quant au potentiel de cet instrument, il appartient, dès lors, à l'équipe dirigeante de faire son choix, les fonctions citées ci-dessus n'étant pas exclusives l'une de l'autre. Dans cette perspective, elle gardera à l'esprit que l'exécution de la stratégie est devenue le défi le plus urgent et important auquel sont confrontées les organisations.

3. CONSTRUCTION DU TBP

Divers auteurs ont examiné la manière la plus efficace de construire un TBP. Il ressort de ces lectures qu'il n'y a pas de recettes « miracle » ni de catalogues « clés en mains ». L'importance d'une bonne structure de projet, d'un leadership employé à bon escient ou de la recherche du consensus sont, par exemple, des principes largement admis. KAPLAN et NORTON voient dans la construction du premier TBP d'une entreprise un processus systématique qui génère progressivement un accord autour des orientations stratégiques, clarifie le projet et la stratégie de l'entreprise et les traduit en objectifs et mesures. Le projet doit être le fruit d'un effort collectif de la part des équipes dirigeantes. Sans leur soutien et leur participation active, le projet ne peut ni voir le jour ni aboutir ⁴⁴. Les stratégies « top – down » (qui postule clairement un fort engagement de l'équipe dirigeante) et « bottom – up » (qui requiert la participation active du plus grand nombre de collaborateurs) découlent de cette affirmation des concepteurs du TBP, même si certains présentent la démarche de KAPLAN et NORTON comme étant d'abord de nature top-down ⁴⁵. En tout état de cause, il conviendra toujours de rechercher un bon équilibre entre ces deux stratégies.

Diverses étapes principales et intermédiaires sont envisageables. Nous en retiendrons particulièrement six :

1. Décider de la structure du projet et du cadre organisationnel.
2. Définir les objectifs et le rôle du TBP.
3. Arrêter la stratégie.
4. Elaborer le TBP en 10 phases.
5. Implémenter le TBP.
6. Evaluer, apporter les corrections nécessaires et faire vivre.

⁴⁴ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 297 et KAPLAN R. et NORTON D. Putting the BSC to work. Harvard Business Review. September-october 1993; 134 et ss

⁴⁵ CHABIN Y. Les Tableaux de bord stratégiques entre conception et action : propos d'étape d'une recherche intervention. Publication du CREGO/COST de l'Université de Montpellier ; 8

3.1. 1ERE ETAPE : DECIDER DE LA STRUCTURE DU PROJET ET DU CADRE ORGANISATIONNEL

Une fois la décision de principe prise d'introduire le TBP, il convient, à notre sens, de décider, en premier lieu, de la structure du projet et du cadre organisationnel. C'est ainsi qu'il faut nommer un chef de projet (ou comme l'appellent KAPLAN et NORTON : un architecte) capable de guider le processus d'implémentation, organiser les groupe de travail et les réunions, s'assurer que l'équipe de projet dispose de toute l'information, du matériel et du support nécessaires pour faire face à sa tâche, veiller à ce que la démarche se fasse sans heurt, dans les délais et dans les limites financières allouées. Il doit gérer à la fois un processus analytique (traduire les intentions stratégiques en objectifs explicites et mesurables) et un processus relationnel lié à la construction de l'équipe et à la résolution des conflits. L'architecte doit être un responsable fonctionnel, comme le Directeur de la planification stratégique ou du développement, le Directeur Qualité, le Directeur financier ou le Contrôleur de gestion ⁴⁶.

On nommera le responsable également en fonction de l'ampleur du projet. En effet, il se peut très bien que l'implémentation du TBP ne soit circonscrite qu'à un Département ou à un Service. Dans ce cas, l'administrateur de l'Unité concernée, par exemple, pourra très bien remplir ce rôle.

Dans le cas de l'Hôpital de Sion, il est certainement possible d'implémenter le TBP dans tout l'établissement en même temps, du fait de sa taille. C'est pourquoi, la tâche « d'architecte » peut être attribuée au Contrôleur de gestion ou au Directeur des Finances, cas échéant au Directeur des Ressources humaines ⁴⁷.

Comme dans chaque projet, il faut veiller normalement à ce que la communication soit performante, que l'information circule, que l'exactitude soit de rigueur et que l'engagement de chaque collaborateur soit soutenu. Le chef de projet, pour remplir sa mission, devra être épaulé par une équipe de projet capable d'assumer ce travail. Afin d'assurer un décloisonnement vertical et horizontal maximal, il conviendra de faire appel à des collaborateurs provenant tant des corps médical et infirmier que de l'administration. Il conviendra, toutefois, de prendre garde à établir clairement les responsabilités de chacun.

Le chef et l'équipe de projet seront soumis à l'autorité d'un comité de pilotage dans lequel seront représentées des personnes provenant des autorités supérieures de l'institution et de la direction, sous ses composantes médicale, infirmière et administrative.

Enfin, des relais dans les Départements et Services seront nécessaires afin d'assurer la stratégie « bottom – up » de la démarche. C'est pourquoi, la création de groupes de travail interdisciplinaires est souhaitable. Ces derniers auront pour tâche de faire des propositions à l'équipe de projet et au comité de pilotage, tout au long du processus (objectifs stratégiques, indicateurs, ...).

Comme nous pouvons le constater la démarche est lourde ; c'est pourquoi il convient de consentir à des efforts substantiels, particulièrement en ressources humaines ! *A l'Hôpital de Sion, nous estimons qu'il faut une centaine de personnes pour mener à bien ce projet. L'organigramme de ce dernier comprendra un Comité de pilotage, présidé par le Directeur, l'équipe de projet conduite par le Chef de projet et les quinze groupes de travail suivants : Médecine, Chirurgie, « Mère-Enfant », Soins intensifs, Urgences, Plateaux techniques, Imagerie diagnostique et interventionnelle, Gériatrie, Ressources humaines, Logistique, Orientation patients, Réseaux de collaboration, Marché privé, Santé communautaire, Formation et développement ⁴⁸.*

⁴⁶ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 301-302

⁴⁷ Annexe 2 : Organigramme de l'Hôpital de Sion au 31.12.2003

⁴⁸ Annexe 6 : Organigramme du projet TBP de l'Hôpital de Sion et Annexe 7 : Concept d'organisation du projet TBP

Tous les collaborateurs impliqués doivent être invités à respecter les principes de transparence, d'objectivité et de performance. Autant un projet est bien structuré et soumis à des règles strictes, autant il a une chance d'aboutir aux résultats escomptés.

Par ailleurs, le chef de projet devra être un fin connaisseur des techniques de gestion de projet. En effet, sans une bonne maîtrise de ces méthodes, le projet risque de prendre un retard considérable, ce qui peut entraîner une démotivation certaine. C'est ainsi, notamment, qu'il est utile d'élaborer un échancier en distinguant les activités critiques et les activités non critiques et en utilisant les méthodes d'ordonnement les plus courantes.

Ceci permet de tracer le chemin critique, c'est-à-dire la séquence ininterrompue qui va normalement de l'activité initiale à l'activité terminale en ne retenant que les activités sans marge de manœuvre.

Par exemple, parmi les diverses techniques d'ordonnement d'un projet, l'établissement pourra retenir la méthode PERT (Program Evaluation and Review Technique). Cette dernière se fonde sur une évaluation probabiliste de la durée du projet. Elle est axée sur les événements plutôt que sur les tâches élémentaires. Elle est aussi caractérisée par l'utilisation de trois évaluations pour la durée de chaque activité : une durée optimiste, une durée pessimiste et une durée probable. Elle permet ainsi de comprendre l'enchaînement des activités et des tâches critiques du projet. Le chef de projet pourra aussi avoir recours au bien connu diagramme de Gantt dont l'objectif est de visualiser les niveaux d'exécution du projet (dates...) ⁴⁹.

Avant le début du processus, le chef de projet évaluera également les ressources tant humaines que financières à disposition. Après en avoir fait l'inventaire, il procédera à une valorisation adéquate des coûts, établira un budget détaillé, comprenant également toute la partie « support informatique » qui est essentielle à la réussite d'un TBP. A ce sujet, il se rappellera que le but n'est pas d'acquérir un système qui permet d'automatiser le recueil de millions de données ; le TBP doit rester simple, lisible et accessible. Il n'oubliera pas d'inclure dans les dépenses une nécessaire formation d'un certain nombre de personnes, cas échéant, le recours ponctuel à un consultant.

Enfin, le comité de pilotage ne négligera pas d'instituer un système de contrôle chargé de vérifier l'avancement du projet et le respect du budget. Cette tâche sera confiée à un membre de la direction, de même qu'au Chef de projet pour ce qui est de l'avancement des travaux des groupes de travail.

3.2. 2EME ETAPE : DEFINIR LES OBJECTIFS ET LE ROLE DU TBP

La Direction, le Comité de pilotage et le chef de projet détermineront aussi vite qu'il se peut les objectifs et le rôle du TBP. Nous avons vu les innombrables fonctions que peut remplir un TBP (cf chapitre 2.2.3 supra). Cette décision doit être prise en tout début de processus parce qu'elle conditionne largement les travaux de mise en place de l'outil. En effet, si le TBP n'est destiné qu'à la rémunération des salariés, il aura une autre configuration que s'il n'est qu'un moyen de communication.

⁴⁹ BRINKERHOFF D.W. et TUTHILL J.C. La gestion efficace des projets de développement. Kumarian Press, 2ème Edition. West Harford 1991; 58-65
GENEST B.A. et NGUYEN T.H. Principes et techniques de la gestion de projets. Editions Sigma Delta, Volume 2. Laval ; 121-164

A l'Hôpital de Sion, nous pensons que le TBP pourrait, à court terme, remplir les fonctions suivantes :

1. **Fournir un cadre autour de la stratégie :** Grâce au TBP, l'hôpital disposerait d'un cadre lui permettant de mieux implémenter sa stratégie. En effet, compte tenu des modifications institutionnelles intervenues dès le 01.01.2004 (mise en vigueur du décret sur le RSV), l'établissement s'est vu confié de nouvelles missions. Il doit, en conséquence, réajuster au moins sa vision et sa stratégie. Le TBP lui serait d'un grand apport.
2. **Implémenter la stratégie :** La stratégie ne doit pas être jalousement conservée au sommet, comme cela été un peu le cas jusqu'à présent. Chacun dans l'organisation doit pouvoir la comprendre et contribuer à son application.
3. **Communiquer la stratégie et les mesures :** Une fois la stratégie implémentée, il convient de la communiquer. De par sa structure souple et compréhensible, le TBP est de nature à pouvoir remplir valablement cette fonction. Il démontre de manière transparente les relations de cause à effet et les liens existants entre les divers indicateurs. Bien souvent jusqu'à présent, l'information n'était pas étayée par des preuves objectives. Le TBP offre une chance de pallier cette lacune.
4. **Servir de système de conduite :** Le TBP doit servir à la direction comme outil de conduite. Les renseignements touchant aux objectifs stratégiques, aux écarts entre objectifs et réalité, ainsi qu'à une vue d'ensemble des actions et mesures stratégiques servent clairement au management de l'établissement. C'est pourquoi, lors de chaque séance de direction, une présentation du TBP devrait avoir lieu.

Nous ne retiendrons pas directement les fonctions de reporting ou de retour d'expérience, car, d'une certaine manière, elles sont incluses dans le système lui-même au travers des indicateurs. En ce qui concerne l'allocation de ressources, le RSV lui-même n'est pas prêt à faire le pas du TBP. Par ailleurs, à l'intérieur de l'établissement, la mise en place de cette fonctionnalité ne peut se faire, de manière réaliste, qu'après avoir implémenté le TBP et s'en être familiarisé. Toutefois, nous recommandons d'élaborer au moins un budget stratégique (cf 3.5.3 infra).

De même, nous ne lierons pas la rémunération, stricto sensu, au TBP, dans un premier temps, même si nous pensons que c'est le meilleur moyen d'obtenir la réalisation des objectifs stratégiques et de permettre que la stratégie devienne réellement le travail quotidien de chacun. N'oublions pas que le personnel de l'hôpital est très largement syndiqué et que, dans ces circonstances, il convient de convaincre les syndicats de la pertinence d'une telle démarche. Ceci peut prendre du temps et même la réalisation de cet objectif demeure douteuse. Les combats contre le salaire au mérite sont encore dans tous les esprits et des confusions ou des amalgames sont si vite faits !

Enfin, la fonction de la mesure de la qualité ne sera pas directement exploitée, du fait de l'existence d'un système spécifique. Le but est plutôt d'intégrer la Démarche Qualité actuelle dans le processus de construction du TBP, celle-là n'excluant de loin pas celui-ci. Cette complémentarité doit, par contre, bien être expliquée, afin de ne pas décourager les collaborateurs lors de l'implémentation du TBP que certains pourraient qualifier de « nouveau machin qui nous empêche de faire notre travail ».

Une fois l'organisation mise en place et les buts à atteindre clairement définis, il est possible d'entrer dans le vif du sujet. Le premier pas consistera à arrêter la stratégie ; puis viendra l'implémentation du TBP proprement dite. Le présent mémoire n'a pas l'ambition de finaliser l'introduction du TBP à l'Hôpital de Sion (cela serait, d'ailleurs, contraire, à tous les principes énoncés jusqu'à présent) mais d'en arrêter les contours et d'en définir les grandes lignes.

3.3. 3EME ETAPE : ARRETER LA STRATEGIE

Le TBP est un outil qui traduit la stratégie en objectifs et mesures. Or, la stratégie n'est pas un processus de gestion isolé. Il existe un continuum qui débute avec la mission de l'établissement, se poursuit avec les valeurs clés, la vision et la stratégie. « La stratégie consiste à déterminer les objectifs et les buts fondamentaux à long terme d'une organisation puis à choisir les modes d'action et d'allocation des ressources qui permettront d'atteindre les buts et objectifs » (A.D. CHANDLER). Autrement dit, une fois la mission, les valeurs clés et la vision de l'établissement déterminées, il convient de définir le plan d'action et la manière d'obtenir les résultats fixés, soit la stratégie. La mission et les valeurs clés restent relativement stables dans le temps. La vision de l'organisation donne une image de l'avenir et de la destination qui éclaire l'orientation de l'organisation et aide les individus à comprendre pourquoi et comment ils doivent soutenir l'organisation... La stratégie décrit la logique des moyens pour y parvenir. Elle est un ensemble d'hypothèses, qui évolue dans le temps pour faire face aux conditions changeantes de la situation réelle. Elle se décline en thèmes, projets ou options stratégiques.

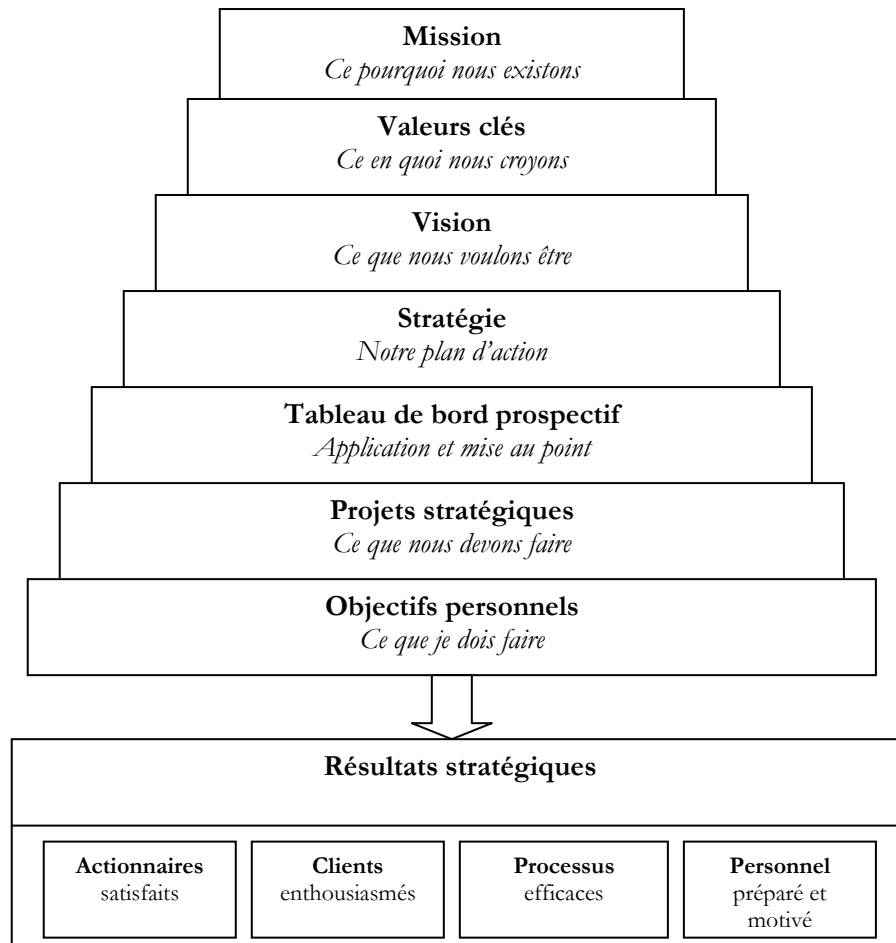


Figure 7. Traduire une mission en résultats souhaités⁵⁰

⁵⁰ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 78-87

3.3.1 LA MISSION

Dans le secteur hospitalier public, la mission est généralement fixée par le Parlement cantonal ou le Conseil d'Etat.

En Valais, le décret sur le Réseau Santé Valais précise que le Conseil d'Etat établit la planification sanitaire qui comprend les mandats de prestations des établissements hospitaliers ⁵¹. Sur cette base, il a élaboré, en janvier 2004, le concept hospitalier 2004. Il ressort de ce document que l'établissement hospitalier de Sion se voit attribuer un certain nombre de disciplines et d'activités médicales ⁵², ainsi que le nombre de lits hospitaliers qu'il est en droit d'exploiter. Relevons, par ailleurs, que ce document fixe le cadre général du paysage hospitalier valaisan et les principes de la nouvelle planification hospitalière ⁵³.

L'hôpital n'est donc pas indépendant. Quoi qu'il en soit, c'est sur cette mission que l'équipe dirigeante doit se fonder pour élaborer sa stratégie.

3.3.2 LES VALEURS CLES

Les valeurs clés correspondent à ce en quoi l'établissement croit dans l'exécution de sa mission. Elles se traduisent, en général, par l'énoncé de principes fondamentaux que chaque collaborateur doit respecter.

L'hôpital de Sion a retenu les valeurs clés suivantes :

- *l'éthique, le respect de l'individu et de sa dignité,*
- *l'octroi de soins et de traitements de qualité à tous les patients,*
- *le respect de l'intimité et de la tranquillité du patient ainsi que de ses croyances,*
- *le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui concernent le patient,*
- *l'information complète, accessible et loyale du patient,*
- *l'accueil et l'écoute de la famille et des proches du patient,*
- *le respect de l'autonomie du patient.*

⁵¹ Article 3 du décret sur le Réseau Santé Valais du 4 septembre 2003

¹ Le Conseil d'Etat établit la planification sanitaire qui comprend les mandats de prestations des établissements hospitaliers et des instituts médico-techniques.

⁵² Annexe 3 : Concept hospitalier 2004 / Carte d'attribution des disciplines et des activités

⁵³ Annexe 4 : Concept hospitalier 2004 / Organisation hospitalière

3.3.3 LA VISION

En formulant la vision, l'hôpital définit ce qu'il veut être.

A Sion, l'équipe dirigeante a formulé sa vision, en tenant compte de sa mission d'hôpital régional. Il s'agira de réajuster celle-ci qui s'énonce, aujourd'hui, comme suit : L'hôpital...

- *entend toujours placer le patient au centre de ses préoccupations,*
- *veut remplir sa mission en privilégiant la qualité des soins dans un souci d'économicité,*
- *veut poursuivre son rôle d'établissement de soins au service de la population des districts du Valais central,*
- *assume le rôle central qui lui est aujourd'hui dévolu et veut renforcer cette tâche...*
- *veut consolider ses liens avec d'autres établissements hospitaliers valaisans et universitaires afin d'améliorer la prise en charge des patients,*
- *entend adapter ses prestations en tenant compte des grandes tendances qui vont transformer le paysage sanitaire du 21^{ème} siècle, soit :*
 - *la croissance et le vieillissement démographique ainsi qu'une précarisation économique accrue de la population,*
 - *des coûts de la santé qui continueront à croître plus rapidement que l'indice du coût de la vie,*
 - *des patients/ clients de plus en plus informés/ exigeants,*
 - *une technologie médicale qui va modifier considérablement l'organisation des soins,*
 - *une concurrence avec d'autres réseaux et organisations de soins.*

3.3.4 LA STRATEGIE

La dernière étape avant l'élaboration du TBP est la formulation de la stratégie. Cette démarche n'est pas une sinécure et doit être pilotée par le « top-management-team » lui-même. On procédera, tout d'abord, à une analyse de l'environnement, avec comme objectif de définir les facteurs d'influence externes principaux. On étudiera également le marché et la clientèle. D'autre part, on se focalisera sur l'établissement lui-même, notamment, grâce au SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), afin d'analyser l'organisation interne et les prestations offertes. Ceci amènera l'équipe dirigeante à :

- affronter les menaces en utilisant les points forts,
- promouvoir les points forts pour profiter des opportunités,
- repenser les points faibles afin de faire face aux menaces,
- modifier les points faibles pour profiter des opportunités.

Une fois ces diverses étapes franchies, il sera possible de formuler la stratégie de l'institution.

Celle-ci diffère, bien sûr, d'un établissement à l'autre. Toutefois, certaines constantes sont à remarquer. C'est ainsi qu'on retrouve souvent les thèmes stratégiques suivants ⁵⁴ :

- atteindre une solidité financière,
- développer la réputation ou l'image de marque,
- développer le volume de prestations,
- atteindre l'excellence opérationnelle et démontrer sa valeur au travers d'un système de mesure éprouvé,
- établir des alliances stratégiques et des partenariats, particulièrement avec des médecins,
- développer de nouvelles infrastructures et les intégrer au travers d'un continuum de soins.

Mais on peut en imaginer d'autres, comme par exemple :

- maximiser le confort et le bien-être du patient,
- optimiser les dépenses pour satisfaire le maximum de patients,
- motiver le personnel afin de fournir un service efficace au patient.

A titre d'exemple, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a arrêté six stratégies ⁵⁵ :

1. assumer le rôle d'hôpital général universitaire pour mieux répondre aux besoins de la population lausannoise et cantonale,
2. promouvoir la création d'un nombre limité de pôles pour concentrer les efforts en médecine de pointe et assurer un leadership au niveau suisse dans les domaines retenus,
3. affronter l'augmentation de la concurrence en renforçant la capacité d'innovation à travers la recherche et la formation,
4. renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé pour mieux profiter des synergies,
5. affronter le contexte de pénurie professionnelle en améliorant la gestion des ressources humaines pour attirer et conserver les meilleurs professionnels,
6. repenser l'approche utilisée dans la recherche de l'efficacité et assurer l'équilibre financier de l'institution.

⁵⁴ INADMAR N., KAPLAN R. et BOWER M. Op. cit. 183

⁵⁵ Plan stratégique des Hospices-CHUV 2004-2007

La stratégie proposée pour l'hôpital de Sion s'énonce comme suit :

1. *Renforcer le rôle cantonal de l'hôpital régional de Sion :*
 - *en consolidant les actuelles disciplines cantonalisées et centralisées, ainsi qu'en développant de manière prioritaire les domaines suivants : les soins intensifs, les urgences, l'oncologie, la pédiatrie, l'obstétrique, la radiologie,*
 - *en stimulant l'interdisciplinarité médicale,*
 - *en nouant des rapports étroits avec les autres hôpitaux valaisans*
 - *en renforçant ou créant des liens avec les centres universitaires dans tous les domaines d'activité.*
2. *Développer une philosophie des soins privilégiant leur continuité par un fonctionnement en réseau interne (relations étroites entre les différents intervenants à toutes les étapes du traitement, bonne organisation de la prise en charge) et externe (relations avec le médecin traitant, les EMS, les CMS).*
3. *Renforcer l'identification du personnel avec son hôpital (stabilisation).*
4. *Mettre en place une gestion décentralisée, appliquant les principes d'excellence, de subsidiarité et d'efficacité et se fondant sur un système d'information administratif et clinique performant.*
5. *Atteindre l'équilibre financier.*

Relevons que l'expérience montre qu'en construisant le TBP, il arrive fréquemment que chaque membre de la direction ait une interprétation totalement différente de la stratégie. La construction du TBP peut donc entraîner la clarification et le consensus sur ce qu'était exactement la stratégie et la façon de l'atteindre. Cela revient à dire que le fait de ne pas disposer de stratégie n'est pas une condition nécessaire à l'élaboration d'un TBP. Toutefois, nous sommes d'avis qu'il est préférable de ne pas sauter cette étape.

Une fois la stratégie définie, il est possible de passer à son application et à sa mise au point. Relevons que la plupart des auteurs sont d'accord pour dire que, dans la grande majorité des cas, le véritable problème n'est pas la formulation de la stratégie mais sa mauvaise mise en œuvre. C'est pourquoi, les phases de constructions doivent être entreprises avec tout le soin et la détermination nécessaires.

3.4. 4EME ETAPE : ELABORER LE TBP EN 10 PHASES

La littérature est abondante sur la manière d'élaborer proprement dit un TBP et de définir les indicateurs ⁵⁶. Plusieurs procédés sont envisageables. Toutefois, comme il y a autant de TBP que d'organisations ou d'entreprises, il est très difficile de décrire une procédure standard. En tout état de cause, au terme de cette 4^{ème} étape, l'équipe dirigeante devra être en mesure d'être au clair sur la stratégie de l'établissement et de traduire cette dernière en objectifs stratégiques et mesures spécifiques pour les quatre axes du TBP. Elle devra également avoir défini un plan d'implémentation proprement dite du système.

Quelle méthodologie convient-il donc d'adopter pour élaborer le TBP ?

⁵⁶ Par exemple :

BAKER G. R. et PINK G.H. Op. cit. ;12

CASTANEDA-MENDEZ K. MANGAN K. et LAVERY A.-M. The role and application of the Balanced Scorecard in healthcare quality management. Journal of healthcare quality. January-February 1998. Vol. 20; 11

CHABIN Y. Op. Cit. 17-18

CURTRIGHT J.W., SOLP-SMITH S.C. et EDELL E.S. Op. cit.; 65

FERNANDEZ A. Les nouveaux tableaux de bord des décideurs. Editions d'organisation. Paris 2001 ; 223 et ss

HUBINON M. et GRIMMIAUX V. Les indicateurs du département infirmier pour une gestion prévisionnelle. Publication des cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles 2002

KAPLAN R. et NORTON D. The Balances Scorecard - Measures that drive performance. Harvard Business Review. January-February 1992

KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Harvard Business Review. September-october 1993; 138-139

KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 295 et ss

KAPLAN R. et NORTON D. Having trouble with your strategy ? Then Map it. Harvard Business Review. September-october 2000; 171

KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001

MENDOSSA C., GIRAUD F., DELMOND M.-H. ET LÖNING H. Op. cit. ; 155-201

NIVEN P. Balanced scorecard step-by-step. New York 2002; 37 et ss

NOBRE T. Op. cit. Angers 2000

NOBRE T. Op. cit. Mars 2002 ; 17

OLVE N.-G., ROY J. et WETTER M. Op. cit.; 327 et ss

SANTIAGO J.M. Op.; Cit. ; 1575

Nous proposons une démarche en dix phases, tout en précisant que certaines d'entre elles peuvent parfaitement être menées de concert. En effet, plusieurs chantiers peuvent être ouverts en même temps :

1. Elaborer la carte stratégique et arrêter trois à cinq objectifs pour chaque axe du TBP
2. Arrêter les mesures et les plans d'action pour concrétiser les objectifs stratégiques retenus
3. Identifier des indicateurs
4. Déterminer les facteurs clés de succès et les valeurs cibles
5. Déterminer les sources d'information
6. Choisir le système et la technologie d'information
7. Construire les indicateurs
8. Procéder à l'analyse des relations causes – effets
9. Arrêter définitivement la carte stratégique et finaliser le TBP
10. Préparer le plan de mise en œuvre du TBP

Examinons cela en détail :

1. Elaborer la carte stratégique et arrêter trois à cinq objectifs stratégiques pour chaque axe du TBP

La carte stratégique met en lumière les hypothèses de la stratégie. « Chaque indicateur du TBP est intégré dans une chaîne de relations cause à effet qui relie les résultats souhaités de la stratégie aux éléments qui permettent de les atteindre. La carte stratégique décrit le processus par lequel les actifs immatériels sont transformés en résultats matériels sur l'axe financier ou sur celui du client. Elle procure aux responsables un cadre pour décrire et gérer la stratégie dans une économie du savoir ». Les liens de cause à effet qui transparaissent sur la carte stratégique, décrivent le parcours qu'empruntent les améliorations des capacités des actifs immatériels pour être traduites en résultats tangibles sur le plan financier ou celui du client. Pour mesurer la performance de l'organisation, il est indispensable de suivre ces chaînes de causalité de création de valeur ⁵⁷.

La carte stratégique s'élabore progressivement à partir de la (des) stratégie (s) arrêtée (s) par l'hôpital (cf 3.3.4 supra). Elle se décline en objectifs stratégiques, exige une analyse des relations causes-effets et se concrétise par des mesures, des plans d'action, contrôlés par des indicateurs. Du fait que tout ce travail doit s'opérer de façon itérative, la carte stratégique doit, à notre sens, être finalisée, dès l'instant où tous les éléments de l'élaboration du TBP sont disponibles (cf 3.4.9 infra).

⁵⁷ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 75 et ss ; voir également 45 ; 104-107 ; 108 et ss ; KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Harvard Business Review. September-october 2000; 168

La tâche d'arrêter les objectifs stratégiques pour chaque axe doit être menée avec le plus grand soin. En effet, les objectifs stratégiques permettent de décliner la stratégie de manière concrète et agissent, de manière déterminante, sur l'avenir de l'institution. Interprètes de la stratégie, ces objectifs s'accompagnent de mesures et de moyens en vue d'obtenir les résultats escomptés.

Comme au terme de cette phase, le consensus le plus large possible devra se faire au sein de l'établissement à défaut de quoi il sera quasiment impossible d'aboutir à l'implémentation du TBP, il conviendra de faire appel aux mêmes personnes qu'à celles qui ont élaboré la stratégie de l'organisation.

Puisqu'il s'agit, selon KAPLAN et NORTON, d'équilibrer les perspectives financières et non financières, historiques et prospectives, internes et externes, il s'agira à partir d'un premier travail d'identification des objectifs potentiels, de n'en retenir que trois à cinq par axe du TBP.

A titre d'exemple, le CHUV a arrêté seize objectifs stratégiques à partir des six stratégies de base citées supra ⁵⁸.

Il faudra également, afin de respecter strictement l'équilibre exigé, pondérer les objectifs à court et à long terme. A titre d'illustration de l'importance de cet équilibrage, prenons un exemple au sein d'un département de soins infirmiers : « Si les soins actuels prodigués par le personnel soignant sont excellents mais que rien n'est mis en place pour qu'ils puissent également répondre aux exigences de demain ; si les patients sont enchantés des soins dont ils font l'objet mais que les critères minimums de qualité ne sont pas respectés, le département infirmier ne remplit pas entièrement sa mission » ⁵⁹.

Sur le plan opérationnel, pour l'hôpital de Sion, nous suggérons :

- a. *De mettre en place quinze groupes de travail (les mêmes que ceux qui ont élaboré la stratégie) comme indiqué ci-dessus ;*
- b. *De demander à chaque groupe de proposer quelques objectifs stratégiques par axe, comprenant l'énoncé de l'objectif et sa description détaillée ;*
- c. *D'appliquer la procédure pour la phase « stratégie » par analogie.*

A titre d'exemple, pour l'hôpital de Sion, et tout en rappelant qu'il n'appartient pas au seul directeur d'arrêter les objectifs stratégiques mais que ceux-ci doivent émaner des professionnels, selon le principe du « bottom-up », nous proposons les quelques objectifs stratégiques (OS) suivants :

1. *Axe « Clients » :*
 - *OS 101 : Répondre efficacement aux besoins de santé aigus de la population résidante ou en séjour, en Valais, dans les disciplines cantonalisées.*
 - *OS 102 : Améliorer la satisfaction des patients*
 - *OS 103 : Améliorer la satisfaction des médecins extra-établissement*

⁵⁸ Plan stratégique des Hospices-CHUV 2004-2007

⁵⁹ HUBINON M. et GRIMMIAUX V. Op. cit. ; 7 et ss

2. *Axe « Processus internes » :*
 - OS 201 : Réduire le temps d'attente aux urgences
 - OS 202 : Assurer la continuité des soins
3. *Axe « Apprentissage organisationnel » :*
 - OS 301 : Avoir les meilleurs professionnels
 - OS 302 : Améliorer la satisfaction des employés
 - OS 303 : Augmenter les efforts de développement et de formation continue du personnel
4. *Axe « Finances » :*
 - OS 401 : Atteindre l'équilibre budgétaire
 - OS 402 : Garantir l'efficacité dans les soins et dans les services

2. Arrêter les mesures et les plans d'action pour concrétiser les objectifs stratégiques retenus

Il s'agit ensuite de définir les moyens pour arriver aux objectifs stratégiques retenus. Ce travail incombera aux mêmes groupes qui ont défini la stratégie et les objectifs stratégiques, selon une même procédure.

A titre illustratif, nous proposons quelques mesures susceptibles de concrétiser les objectifs retenus pour l'Hôpital de Sion :

<i>Axe « Clients »</i>	
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Mesures pour concrétiser les objectifs</i>
<i>OS 101 : Répondre efficacement aux besoins de santé aigus de la population résidente ou en séjour, en Valais, dans les disciplines cantonalisées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Augmenter, pour le 01.01.2005, la capacité d'accueil des soins intensifs d'un tiers</i> ➤ <i>Engager un médecin-chef urgentiste en 2004 et augmenter la capacité d'accueil du « trauma center », ...</i>
<i>OS 102 : Améliorer la satisfaction des patients</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mener une enquête annuelle, par l'intermédiaire d'une société indépendante</i> ➤ <i>Prendre des mesures correctives ressortant de l'enquête de satisfaction dans les 6 mois dès sa parution, ...</i>
<i>OS 103 : Améliorer la satisfaction des médecins extra-établissement</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mener une enquête annuelle, par l'intermédiaire d'une société indépendante</i> ➤ <i>Prendre des mesures correctives ressortant de l'enquête de satisfaction dans les 6 mois dès sa parution, ...</i>

<i>Axe « Processus internes »</i>	
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Mesures pour concrétiser les objectifs</i>
<i>OS 201 : Réduire le temps d'attente aux urgences</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Engager un médecin urgentiste et renforcer l'équipe infirmière</i>
<i>OS 202 : Assurer la continuité des soins (fluidité des soins à l'interne)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Développer la gestion par processus</i> ➤ <i>Poursuivre la mise en place du dossier patient informatisé, ...</i>

<i>Axe « Apprentissages organisationnels »</i>	
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Mesures pour concrétiser les objectifs</i>
<i>OS 301 : Avoir les meilleurs professionnels</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mettre en place un véritable directeur des ressources humaines et lui donner les moyens de recruter les meilleurs professionnels</i> ➤ <i>Valoriser et récompenser les professionnels performants, ...</i>
<i>OS 302 : Améliorer la satisfaction des employés</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mener une enquête annuelle, par l'intermédiaire d'une société indépendante</i> ➤ <i>Prendre des mesures correctives ressortant de l'enquête de satisfaction dans les 6 mois dès sa parution, ...</i>
<i>OS 303 : Augmenter les efforts de développement et de formation continue du personnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mettre en place un programme de formation continue pour tout le personnel, ...</i>

<i>Axe « Finances »</i>	
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Mesures pour concrétiser les objectifs</i>
<i>OS 401 : Atteindre l'équilibre budgétaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mettre en place le budget prospectif par département ou service autonome</i> ➤ <i>Rechercher de nouvelles recettes, ...</i>
<i>OS 402 : Garantir l'efficacité dans les soins et dans les services</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Diminuer la durée moyenne de séjour, ...</i>

Figure 8 : Exemples d'objectifs stratégiques

3. Identifier des indicateurs

L'adage « pas de gestion sans mesure » ressort très fréquemment de tous les bons ouvrages de gestion. C'est pourquoi, l'étape d'identification, puis de création d'indicateurs est essentielle dans le processus de construction du TBP. Mais qu'est-ce qu'un indicateur ?

Selon FERNANDEZ, « un indicateur est une information ou un regroupement d'informations contribuant à l'appréciation d'une situation par le décideur. Il n'est jamais muet et entraîne toujours à la manière d'un schéma stimulus/réponse une action ou une réaction du décideur. Cette action ou cette réaction peut être de ne rien faire. Mais il s'agit là d'une démarche active et non passive. L'indicateur ne se limite pas au constat et permet une gestion dynamique en temps réel. Les indicateurs peuvent être classés en trois catégories :

- Les indicateurs d'alerte signalent un dysfonctionnement, donc un état anormal impliquant des actions réparatrices. A contrario, leur silence indique un état normal.
- Les indicateurs d'équilibrage signalent l'avancement par rapport aux objectifs. Ils peuvent induire des actions correctives. A notre sens, ces indicateurs se confondent avec les indicateurs d'alerte.
- Les indicateurs d'anticipation informent sur le système dans son environnement et permettent de reconsidérer la stratégie choisie »⁶⁰.

Les concepteurs du TBP, quant à eux, suggèrent de ne retenir que des mesures de résultats (indicateurs de suivi a posteriori) et des déterminants de la performance (indicateurs avancés ou indicateurs de prospection) adaptés à la stratégie de l'entreprise. Toutefois, rappelons que ces indicateurs doivent permettre de mesurer la performance selon les quatre axes et qu'un équilibre entre eux doit être trouvé.

A ce stade, il s'agit d'identifier les indicateurs potentiels et non pas encore de les construire (cf point 7 de la démarche infra). *Nous suggérons de pratiquer de la même manière qu'auparavant, en mettant à contribution les mêmes groupes, selon la même méthode de travail.*

Afin d'orienter valablement les collaborateurs sur le sens de leurs travaux, il ne sera pas inutile de présenter quelques exemples tirés de la littérature⁶¹.

Au terme de cette phase, l'établissement devra avoir identifié les indicateurs les plus pertinents. Encore faut-il déterminer leur nombre et leur panachage entre les différents axes ! Cette question a été souvent posée à KAPLAN et NORTON qui répondent de la manière suivante⁶² : « D'après notre expérience nous pensons que le TBP devrait avoir entre vingt et vingt-cinq indicateurs.

⁶⁰ FERNANDEZ A. Op. cit. 232-235

⁶¹ Par exemple : CURTRIGHT J.W., SOLP-SMITH S.C. et EDELL E.S. Op. cit.; 65
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 307-308
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001 (plusieurs cas pratiques)
NOBRE T. Op. cit. Angers 2000
NOBRE T. Op. cit. Mars 2002 ; 17
OLVE N.-G., ROY J. et WETTER M. Op. cit.; 328-333
SANTIAGO J.M. Op.; Cit. ; 1575

⁶² KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001 ; 407

Voici une répartition type entre les quatre axes :

- Financier : cinq indicateurs (22 %) ;
- Client : cinq indicateurs (22 %) ;
- Processus interne : huit à dix indicateurs (34 %) ;
- Apprentissage et développement : cinq indicateurs (22 %) ».

On peut remarquer que 80 % environ des indicateurs d'un TBP ne sont pas financiers. Cette règle n'est, certes, pas absolue. Toutefois, rappelons que ce sont le bon équilibre proposé, de même que la concentration des indicateurs sur des éléments essentiels, qui ont fait la force et l'originalité du TBP. Précisons également que rien n'empêche un Département ou un Service de disposer de ses propres indicateurs !

Mais sur quels critères faut-il élaborer un indicateur ?

FERNANDEZ ⁶³ a énoncé un certain nombre de règles ; « l'indicateur doit :

- être utilisable en temps réel ;
- mesurer un ou plusieurs objectifs ;
- induire l'action ;
- être constructible ;
- pouvoir être présenté sur le poste de travail ».

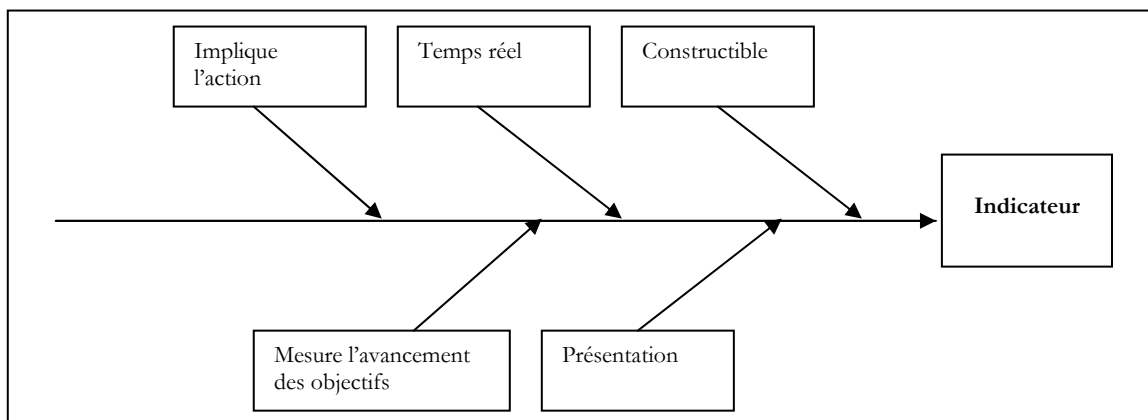


Figure 9. Le choix des indicateurs

HUBINON et GRIMMIAUX ⁶⁴ considèrent qu'un bon indicateur doit « répondre à des critères de :

⁶³ FERNANDEZ A. Op. cit. 246 et ss

⁶⁴ HUBINON M. et GRIMMIAUX V. Op. cit. 12-15

- pertinence : à chaque indicateur est associé un but précis ; ce but doit se traduire de façon concrète par une référence ;
- intégrité : l'indicateur ne doit désigner qu'une seule et même réalité ;
- fiabilité : l'indicateur doit être contrôlé et mis à jour ;
- convivialité : l'indicateur doit être facile d'utilisation, attractif et présenté de manière uniforme ».

À l'Hôpital de Sion, à titre illustratif, nous avons fait l'inventaire suivant des indicateurs :

A. Perspective « Client » :

1. *Des indicateurs de satisfaction :*

- *degré de satisfaction du patient,*
- *degré de satisfaction du médecin extra-établissement, ...*

2. *Des indicateurs de quantification :*

- *évolution annuelle des prises en charge dans les disciplines stratégiques,...*

B. Perspective « Processus interne » :

1. *Des indicateurs d'activité :*

- *statistiques (nombre d'admissions, ...),...*

2. *Des indicateurs de moyens ou de ressources :*

- *nombre d'EPT (équivalent plein temps),*
- *taux de rotation du stock,...*

3. *Des indicateurs d'utilisation des ressources ou de productivité :*

- *consommation d'énergie,*
- *durée de vie des équipements,...*

4. *Des indicateurs de processus :*

- *% de prescriptions informatisées,*
- *délai moyen d'approvisionnement en pharmacie,*
- *délai entre la date de sortie du patient et la date d'envoi de la lettre de sortie,*
- *délai entre la date de sortie du patient et l'envoi de la facture,...*

5. *Des indicateurs de résultat :*

- *temps d'attente aux urgences,*
- *% d'infections nosocomiales,*
- *taux d'anomalie ou de dysfonctionnement et délais de règlement,*
- *nombre de réclamations traitées,*
- *nombre de cas annoncés à l'assurance responsabilité civile,...*

C. Perspective « Apprentissage organisationnel » :

1. *Des indicateurs de projet :*

- *nombre de projets de développement par an,...*

2. *Des indicateurs de qualité :*

- *nombre de professionnels remplissant les critères de performance, selon règlement ad hoc,...*

3. *Des indicateurs relatifs à la motivation et à la responsabilisation :*

- *degré de satisfaction des collaborateurs,*
- *taux d'absentéisme par secteur,...*

4. *Des indicateurs sur l'engagement du personnel et sur la formation :*

- *taux de rotation du personnel par secteur, par an,*
- *nombre d'heures de formation continue par collaborateur, par an,...*

D. Perspective « Finances » :

1. *Des indicateurs financiers proprement dits :*

- *respect du budget prospectif,*
- *respect des plans financiers et d'investissement,...*

2. *Des indicateurs de coûts :*

- *coûts du personnel soignant par patient,*
- *coût des marchandises périmées,*
- *coût de possession du stock,...*

3. *Des indicateurs d'utilisation des ressources :*

- *durée de séjour par rapport à la durée moyenne de séjour nationale (hôpitaux comparables),*

- *taux d'occupation des lits,*
- *taux d'utilisation des équipements,...*

En conclusion, il n'est pas inutile de rappeler l'importance de choisir de bons indicateurs, notamment, pour vérifier si les objectifs stratégiques arrêtés (cf 3.4.1) sont vraiment mesurables. Si tel n'est pas le cas, il convient de remettre l'ouvrage sur le métier ; à défaut, il est impossible de produire une carte stratégique qui ait du sens.

4. Déterminer les facteurs clés de succès et les valeurs cibles

Est intimement liée aux indicateurs la détermination des facteurs clés de succès. En effet, un indicateur ne peut se concevoir sans valeur cible.

Afin de bien comprendre ces liens, nous proposons le tableau ci-après, à titre d'exemple, qui intègre tant les objectifs stratégiques que les indicateurs et les valeurs cibles :

<i>Axe « Clients »</i>		
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Facteurs clés de succès-Valeurs cible</i>
<i>OS 101 : Répondre efficacement aux besoins de santé aigus de la population résidante ou en séjour, en Valais, dans les disciplines cantonalisées.</i>	<i>I 101 : Evolution annuelle des prises en charge dans les disciplines stratégiques</i>	<i>+ 5 % / an</i>
<i>OS 102 : Améliorer la satisfaction des patients</i>	<i>I 102 : Degré de satisfaction des patients</i>	<i>> 80%</i>
<i>OS 103 : Améliorer la satisfaction des médecins extra-établissement</i>	<i>I 103 : Degré de satisfaction des médecins extra-établissement</i>	<i>> 80%</i>

<i>Axe « Processus internes »</i>		
<i>Objectifs stratégiques</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Facteurs clés de succès-Valeurs cible</i>
<i>OS 201 : Réduire le temps d'attente aux urgences</i>	<i>I 201 : Temps d'attente aux urgences</i>	<i>Maximum : 30 minutes (sous réserve des urgences vitales prises en charge sans délai)</i>
<i>OS 202 : Assurer la continuité des soins</i>	<i>I 202 : % de prescriptions informatisées</i>	<i>+ 20 % par an</i>

Axe « Apprentissages organisationnels »		
Objectifs stratégiques	Indicateurs	Facteurs clés de succès- Valeurs cible
OS 301 : Avoir les meilleurs professionnels	I 301 : Nombre de professionnels remplissant à 100 % les critères internes de performance, selon règlement ad hoc	> 75 %
OS 302 : Améliorer la satisfaction des employés	I 302 : Degré de satisfaction des employés	> 75 %
OS 303 : Augmenter les efforts de développement et de formation continue du personnel	I 303 : Nombre d'heures de formation continue minimum par collaborateur, par an	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel soignant, administratif et de support : minimum 3 jours/an • Médecins : 2 semaines/an • Autres cadres : minimum 1 semaine/an

Axe « Finances »		
Objectifs stratégiques	Indicateurs	Facteurs clés de succès- Valeurs cible
OS 401 : Atteindre l'équilibre budgétaire	I 401 : Respect du budget prospectif	Relevés trimestriels par département : maximum + 5 % du budget prospectif
OS 402 : Garantir l'efficacité dans les soins et dans les services	I 402 : Durée de séjour par rapport à la durée moyenne de séjour nationale (hosp. comparables)	Maximum + 5 % de la durée moyenne de séjour nationale (Hôpitaux comparables)

Figure 10 : Exemples d'indicateurs et de valeurs cible

5. Déterminer les sources d'information

Pour chaque indicateur, il s'agit d'identifier les sources d'information et les actions nécessaires pour y accéder. Plus précisément, il convient de se demander si l'information existe, où la trouver, comment l'obtenir et à quel coût ? Une étude sur l'introduction du TBP dans les hôpitaux du Canada ⁶⁵ démontre qu'il est relativement facile d'identifier des critères qui peuvent être utilisés afin de mesurer la performance d'un hôpital. Par contre, l'effort pour développer des mesures spécifiques faciles à mettre en place et à utiliser est plus problématique. D'autre part, le

⁶⁵ BAKER G.R. et PINK G.H. Op. Cit.

développement de données valides, comparables et reliées les unes aux autres, de même qu'un système d'information performant, nécessite un investissement en ressources majeur. Par ailleurs, les hôpitaux doivent apprendre à transformer cette information en action. Finalement, le test crucial pour savoir si la démarche « TBP » a réussi est de savoir si les informations provenant du TBP sont considérées comme centrales pour les prises de décision et si les managers peuvent relier leurs objectifs à des mesures de performance.

6. Choisir le système et la technologie d'information

Il convient également de mettre en place un système d'information et de choisir, en conséquence, la technologie adéquate. Cette étape ne pose pas de problème particulier sur la procédure à suivre. Toutefois, elle peut réduire à néant tous les efforts d'implémentation du TBP si elle n'est pas menée correctement. Car, ne l'oublions pas : une entreprise orientée stratégie souhaite que chaque collaborateur ait accès au TBP. C'est pourquoi tout doit être mis en œuvre pour que cette phase réussisse. Précisons encore que le niveau d'informatisation des hôpitaux est plus ou moins avancé. Dès lors cette phase doit, à notre sens, être traitée comme un projet à part. En conséquence, nous ne traiterons pas ce sujet plus en détail.

A l'Hôpital de Sion, le système d'information mis en place, comprenant une partie médicale (dossier patient informatisé) et un volet administratif, reliés à un datawarehouse (entrepôt de données), est suffisant pour obtenir les informations nécessaires à l'élaboration d'un TBP.

7. Construire les indicateurs

Une fois les indicateurs choisis et sélectionnés et les sources d'information à disposition, intervient l'étape de construction proprement dite des indicateurs. Selon HUBINON et GRIMMIAUX ⁶⁶, dans la fiche d'identité d'un indicateur, on doit pouvoir retrouver :

- le but ;
- la définition ;
- la saisie des données (responsable, source, champ d'application, type, processus de saisie et de validation, fréquence de saisie) ;
- le rapport (responsable, outil) ;
- la diffusion (responsable, information à diffuser, destinataire, fréquence, support) ;
- la référence.

Dans la littérature ou dans la pratique, nous trouvons également de nombreux modèles dont on peut s'inspirer ⁶⁷.

⁶⁶ HUBINON M. et GRIMMIAUX V. Op. cit. 12-15

⁶⁷ Notamment : KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001 ; 248 ;
Plan stratégique des Hospices-CHUV 2004-2007 (indicateurs)

A titre d'exemple, nous proposons l'indicateur simplifié suivant :

I 101 : Evolution annuelle des prises en charge dans les disciplines stratégiques		
Définition : Nombre de cas (a) pris en charge par l'Hôpital de Sion dans les disciplines stratégiques retenues durant l'année x par rapport au nombre de cas (b) pris en charge par l'Hôpital de Sion dans les disciplines stratégiques retenues durant l'année x +1.		
Formule de calcul : $((a-b) / b) * 100$	Source : Département / Service concerné	Fréquence de l'information : trimestrielle
Valeur actuelle :	Valeur cible : + 5% / an	
Alertes quand : <ul style="list-style-type: none"> • Manque de données • Valeur cible non atteinte lors du relevé mensuel 		
Responsable de l'indicateur : Chef du Département ou du Service concerné		

Figure 11 : Exemple de fiche d'identité d'un indicateur

8. Procéder à l'analyse des relations causes-effets

Comme l'affirment ses concepteurs, « un TBP bien construit doit énoncer la stratégie au travers d'une suite de relations de cause à effet. Il doit faire apparaître clairement le rapport entre les objectifs (et les mesures) des quatre axes de manière à ce qu'ils soient d'abord validés puis exploités. Il doit éclairer l'enchaînement des hypothèses de relations de cause à effet entre les mesures de résultats et les déterminants de la performance. En conséquence, il est plus qu'une simple liste d'indicateurs. Il doit démontrer les liens qui existent entre les hypothèses ressortant des objectifs et les indicateurs dans les divers domaines examinés afin que l'équipe dirigeante dispose d'un véritable outil de pilotage ». KAPLAN et NORTON l'ont réaffirmé : « si tu peux le mesurer, tu peux le changer »⁶⁸. C'est pourquoi, tous les indicateurs retenus doivent être analysés à la lumière des relations causes-effets. Ceux qui n'entrent pas directement dans ce moule logique doivent être écartés au profit d'autres mieux à même de fournir aux décideurs les bonnes bases de décision en fonction de la stratégie arrêtée. C'est la raison pour laquelle un indicateur sera valable pour un établissement et pas nécessairement pour un autre étant donné que les objectifs stratégiques arrêtés par les deux organisations ne sont pas les mêmes. La chaîne de causalité poursuit, en fait, deux buts :

- Rendre visible et mesurable le déploiement de la stratégie au travers d'un petit nombre d'indicateurs susceptibles d'orienter l'action.
- Favoriser le développement d'initiatives stratégiques et l'implication des collaborateurs de l'entreprise⁶⁹.

⁶⁸ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 158-160 ; 41-43

⁶⁹ MENDOSSA C., GIRAUD F., DELMOND M.-H. ET LÖNING H. Op. cit. ; 164-165

9. Arrêter définitivement la carte stratégique et finaliser le TBP

Une fois tous ces éléments en mains (les objectifs stratégiques et leurs mesures de concrétisation, les indicateurs, les relations causes-effets), il est possible d'établir définitivement la carte stratégique de l'établissement.

A titre de modèle, outre ceux cités par la littérature citée ci-dessus, nous pouvons retenir celui du CHUV ⁷⁰ :

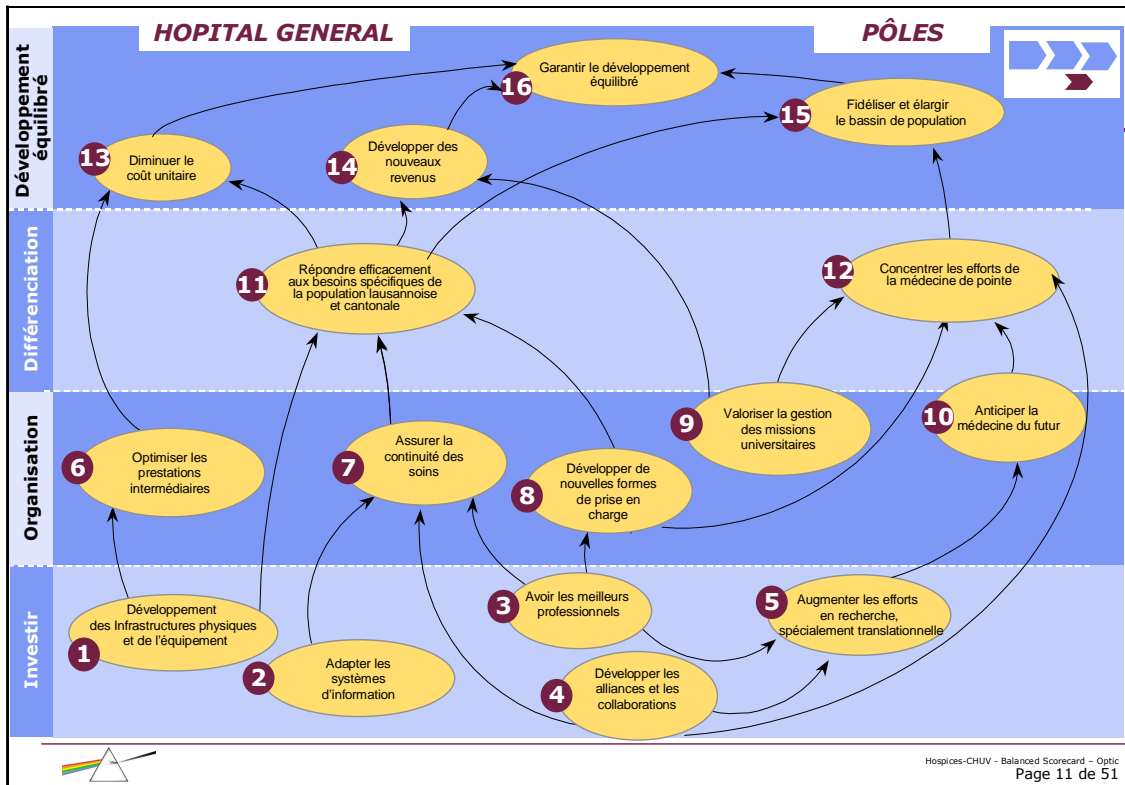


Figure 12. Carte stratégique des Hospices/CHUV

A notre sens, une fois finalisé, il est également nécessaire de matérialiser graphiquement le TBP. Pour ce faire, plusieurs solutions sont possibles. Des logiciels informatiques existent, par exemple, afin de faciliter la tâche des établissements. Dans le cadre du présent mémoire, nous nous limitons au schéma ci-après.

A dessein, nous avons introduit des éléments supplémentaires, notamment le plan d'action, outil de management que l'on suppose déjà opérationnel dans l'établissement.

⁷⁰ Plan stratégique des Hospices-CHUV 2004-2007

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Axe	Objectif stratégique	Indicateur	Valeur actuelle	Valeurs cibles					Plan d'action		
				2003	04	05	06	07	08	Mesures	Délais
Client	OS 102 Améliorer la satisfaction des patients	I 102 Degré de satisfaction des patients	77%	80%	81%	82%	83%	84%	Prendre les mesures correctives ressortant de l'enquête	30.06.04	Groupe Qualité

Figure 13 : Exemple schématique de TBP

Notes :

1. **Axe :** Indique à quelle perspective le TBP fait référence
2. **Objectif stratégique :** Répond à la question « Quoi ? », c'est-à-dire « que voulons-nous atteindre avec notre stratégie ? »
3. **Indicateur :** Instrument de mesure
4. **Valeur actuelle :** Indique la dernière valeur connue
5. **Valeurs cibles :** Indique la valeur cible que nous voulons atteindre cette année et donne d'ores et déjà une orientation pour l'avenir
6. **Plan d'action :** Répond à la question « Comment ? », soit quelles sont les mesures à prendre pour améliorer la situation ; en l'espèce, il s'agit d'un lien direct avec le système Qualité.

10. Préparer le plan de mise en œuvre du TBP

La mise en œuvre de la stratégie et du TBP nécessitent une bonne préparation, puisque le but à atteindre est d'amener tous les collaborateurs à comprendre l'utilité du TBP et la nécessité de faire sienne la stratégie de l'établissement. Il appartient donc à la direction de partager son projet avec tous les employés et tous les partenaires extérieurs de l'organisation.

Lorsque tout le monde comprend la stratégie et les objectifs stratégiques qui la concrétisent, les initiatives, même les plus banales, sont toutes alignées verticalement sur la stratégie. L'institution parle alors d'une même voix et selon un même langage.

Par ailleurs, il convient également d'éviter à tout prix tout phénomène de rejet face à cet outil supplémentaire, venant perturber les habitudes dont le caractère « inquisiteur » peut, parfois, transparaître, surtout dans des organisations qui n'ont jamais cultivé la transparence, voire la mesure de la performance. Certains seront étonnés de cette méfiance affichée ici, surtout si l'équipe dirigeante a scrupuleusement appliqué les conseils prodigués ci-dessus, notamment, la nécessité de procéder selon le principe du « bottom-up ». En réalité, même en mettant à contribution une large palette de collaborateurs, il est impossible de faire participer tous les cadres et les employés à un tel

processus. De surcroît, ceux qui participent sont souvent les plus motivés dès le départ. Cela peut entraîner un biais dans l'appréciation par la direction du niveau de connaissance du projet.

Sur l'angle opérationnel, le plan doit préciser comment le système fonctionne. Il doit, notamment, indiquer de quelle manière les mesures et les indicateurs sont reliés aux bases de données et au système d'information pour communiquer le TBP dans tout l'hôpital. Il doit aussi préciser que le TBP est intégré au système de management et que, dans ce contexte, une saisie sans faille des données est de rigueur, afin d'en augmenter la fiabilité.

Enfin, le plan donnera toute précision utile quant aux délais d'implémentation, aux modalités de mise en oeuvre et à la finalisation du projet.

En conclusion, le plan doit contenir trois volets principaux, l'un touchant à la compréhension du TBP, l'autre à son fonctionnement et le dernier à son implémentation dans le terrain.

Avant de libérer le projet pour son implémentation proprement dite, il ne sera pas inutile d'évaluer l'outil. Selon ses concepteurs, un bon test consiste à voir si vous pouvez comprendre la stratégie rien qu'en regardant le TBP ⁷¹. De plus, il conviendra de vérifier que tout soit opérationnel. Par exemple à la question de savoir si l'on doit différer le lancement du TBP jusqu'à ce que les données pour tous les indicateurs soient disponibles, KAPLAN et NORTON répondent ceci : « A l'issue de la conception initiale du TBP, de nombreux indicateurs ne sont souvent pas encore disponibles pour le suivi. La première réaction est prévisible : « Si nous ne pouvons pas mesurer ce que nous souhaitons, essayons de souhaiter ce que nous pouvons mesurer ; utilisons des indicateurs pour lesquels nous avons déjà des données ! » C'est une erreur. Si le TBP a été bien pensé, les indicateurs représentent les informations les plus importantes de l'entreprise. Si les indicateurs n'existent pas pour le moment, c'est que des processus de gestion majeurs ne sont peut être pas gérés. Nous conseillons aux organisations de se montrer patientes et d'établir de nouveaux processus pour obtenir les nouvelles informations » ⁷².

3.5 5EME ETAPE : IMPLEMENTER LE TBP

Implémenter le TBP consiste à réaliser, sur le plan opérationnel, le plan de mise en oeuvre (cf 4^{ème} étape, point 11, supra). Dans le cadre du présent mémoire, nous nous limiterons à analyser trois aspects : la communication, la déclinaison du TBP dans les divers départements et services et même au niveau individuel, ainsi que la liaison du TBP avec le budget.

3.5.1 LA COMMUNICATION

Le programme de communication sert à faire connaître à l'ensemble des collaborateurs la stratégie et le contenu du TBP lui-même et, également, les comportements à adopter pour atteindre les objectifs stratégiques. La mise en application de mesures de communication efficaces et continues, auxquelles il convient d'ajouter un système de retour d'information sur les résultats effectivement obtenus, est essentielle à une bonne implémentation du TBP.

Ce programme doit être conforme au concept et au plan de communication de l'établissement, plus précisément au chapitre consacré à la communication interne. Rappelons qu'il convient préalablement :

⁷¹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 113

⁷² KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 406

- a. de déterminer le choix des actions,
- b. d'orienter la définition des messages,
- c. de mesurer l'ampleur des changements à communiquer.

Il doit comporter, d'une part, un volet « communication » et, d'autre part, un aspect « formation ».

La direction préparera son programme de communication en se basant sur les cinq points suivants ⁷³:

1. La stratégie de l'entreprise :

- les grandes orientations,
- les mutations envisagées.

2. La culture d'entreprise :

- les principales valeurs,
- les codes de conduite,
- les normes de fonctionnement.

3. Les publics-cibles en interne :

- tous les collaborateurs,
- sans oublier les médecins consultants, voire, le cas échéant, les collaborateurs de sociétés « filles » ou sous-traitantes ; *par exemple, à Sion, le personnel de l'Institut central des Hôpitaux valaisans (pharmacie centrale, etc...) ou de CONSILIA Laboratoires et Conseil médicaux S.A.*

mais également les publics-cibles externes :

- les clients,
- les « payeurs » de l'Hôpital,
- les partenaires, ...

4. Les émetteurs :

Ceux-ci seront choisis en fonction de leur capacité à communiquer et le positionnement d'images par :

- leur attitude,
- leurs actions,
- leurs paroles.

⁷³ Ce programme est inspiré du Concept de communication de l'Hôpital de Sion

5. Les actions et supports existants :

Une analyse...

- des habitudes de communication,
- des actions et supports déjà utilisés,
- des réussites et des échecs,

...permettra de tirer profit des modes de communication existants et de mieux maîtriser les moyens à mettre en place.

Les outils, dont la direction dispose, pour procéder à cette communication sont multiples. En voici quelques exemples, limités à la communication interne :

la communication écrite	la communication orale	la communication visuelle	la communication événementielle
----------------------------	---------------------------	------------------------------	------------------------------------

Figure 14 : Outils de communication

1. La communication écrite

Principaux moyens :

- Tirage spécial du Journal de l'hôpital ou du Journal du personnel
 - message de l'équipe dirigeante,
 - présentation simple et compréhensible du projet,
 - « donner la parole à ... »
- Directive ad hoc
 - buts :
 - montrer la détermination de la direction,
 - clarifier le processus d'implémentation, les responsabilités, les délais, etc..
- Lettre aux cadres et au personnel
- Page spéciale dans le dossier du collaborateur, ...

puis, selon les circonstances, et afin d'atteindre certains publics-cible :

- Note de service
- Circulaire
- Procès-verbal
- Rapport, ...

En tout état de cause, rappelons-le : il est nécessaire d'apporter à la rédaction des messages : clarté – lisibilité – structure dans le plan – efficacité du style et vocabulaire adapté.

2. La communication orale

La communication orale ayant une forte connotation psychologique est un puissant outil de cohésion par sa convivialité, sa personnalisation, l'interactivité, l'élaboration d'un langage commun. Elle recèle, pourtant, certains inconvénients comme :

- la déformation des messages,
- le mode de communication qui prend beaucoup de temps.

Principaux moyens :

- Séances générales d'information
- Séminaires
- Conférences
- Réunions ad hoc
- Entretiens ad hoc, ...

3. La communication visuelle

Principaux moyens :

- Intranet
- Courrier électronique
- Tableau d'affichage
- Diapositives
- Vidéo, ...

4. La communication événementielle

Principaux moyens :

- « Inauguration » du TBP
- Apéritifs à l'occasion d'assemblées, réunions, ...
- Concours, ...

Au terme de cette étape, nous pensons qu'une analyse qualitative de la communication et de la formation est indispensable, afin de mettre en évidence le degré d'adhésion des collaborateurs au TBP et leurs attentes. N'oublions pas que l'objectif est de faire en sorte que la stratégie soit l'affaire quotidienne de tous ⁷⁴ !

3.5.2 LA DECLINAISON DU TBP DANS L'ETABLISSEMENT

A notre sens, le déploiement du TBP ne peut véritablement réussir que s'il est, à terme, décliné dans tout l'établissement. Autrement dit, à l'instar de la démarche entreprise au niveau de l'hôpital lui-même, il convient d'entreprendre le même processus au niveau des départements et des services, voire au niveau des collaborateurs.

Si la déclinaison du TBP au niveau des départements et des services ne pose pas de problèmes autres que ceux évoqués dans le cadre du présent mémoire, la définition d'objectifs individuels (ou par équipes), par contre, doit être correctement délimitée par rapport à d'autres instruments de management existant dans l'établissement.

Parmi ces outils, attardons-nous à examiner le « management par objectifs » ou « direction par objectifs (DPO) ». KAPLAN et NORTON précisent à ce sujet ce qui suit : « la DPO est totalement différente de l'adéquation stratégique réalisable par le TBP. Tout d'abord, les objectifs d'un système de DPO sont fixés au sein de l'unité de l'intéressé, renforçant l'état d'esprit étroit et fonctionnel. Deuxièmement, les objectifs sont fixés en fonction des buts du département, ce qui en l'absence d'un système de gestion stratégique s'appuyant sur un TBP donne des objectifs de court terme, tactiques et financiers. En fait, la DPO reflète la démarche de la définition de poste, par laquelle on demande aux individus de mieux faire leur travail actuel. Le TBP, en revanche, donne aux individus une compréhension large de la stratégie de l'entreprise et du centre de profit. Il leur explique comment s'intégrer dans la stratégie de l'organisation et comment contribuer à atteindre les objectifs stratégiques. Les objectifs individuels fixés dans le cadre du TBP devraient être transversaux, à long terme et stratégiques » ⁷⁵.

Les départements de ressources humaines disposent également d'autres moyens pour responsabiliser chaque collaborateur, comme par exemple le plan de développement personnel. Ce qui est essentiel, ce n'est pas de jeter aux oubliettes ces outils, mais de les intégrer dans le TBP.

⁷⁴ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 210-218 et
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 231-236

⁷⁵ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 251-252

Autrement dit, il est recommandé d'exiger de chaque collaborateur qu'il dispose d'un tableau de bord personnel ; c'est la manière la plus efficace de mettre en adéquation les objectifs de l'établissement avec les objectifs personnels.

En conclusion, cette descente en cascade du TBP vers les équipes et les individus est une phase clé de l'implémentation de cet instrument dans une organisation (voir exemples ⁷⁶).

A titre indicatif, examinons comment les objectifs stratégiques peuvent se décliner au sein de l'établissement. Pour ce faire, prenons la problématique des repas des patients.

Prenons pour hypothèse que, selon l'indicateur I 401, le coût des repas offerts aux patients est largement en-dessus du budget prospectif du trimestre précédent (OS 401). Des mesures doivent être prises pour compresser les coûts. Après analyse, il s'avère que le budget de la cuisine est parfaitement maîtrisé. Toutefois, il est constaté un gaspillage énorme provenant de mauvaises commandes de repas ou de retour de repas non consommés par les patients. On constate également le non-respect de l'objectif « Améliorer la satisfaction des patients » (OS 102). Cette question touche, en conséquence, aux axes « Finances » et « Clients », mais également à l'axe « Processus interne » dans la mesure où le Département infirmier ne dispose pas de procédure ad hoc pour la commande des repas. Nous verrons qu'il faut également faire appel à l'axe « Apprentissage organisationnel ».

Dans le cadre du présent mémoire, nous n'allons pas présenter toutes les démarches à entreprendre afin de rétablir la situation. Nous relèverons simplement la manière de procéder pour articuler les mesures à prendre en respectant le TBP. La descente en cascade du TBP vers les équipes et les individus pourrait être la suivante :

Axes	Niveau 1 : Direction (Directeur)	Niveau 2 : Département des soins infirmiers (Directrice)	Niveau 3 : Unité de soins (ICUS)	Niveau 4 : Infirmière
Client	<i>Améliorer la satisfaction des patients : >80%</i>	<i>% de patients satisfaits des prestations hôtelières</i>	<i>% de patients satisfaits de la fourniture des repas</i>	<i>% de repas correctement commandés par les patients dont j'ai la charge</i>
Finances	<i>Atteindre l'équilibre budgétaire</i>	<i>Atteindre l'équilibre budgétaire dans le Département des soins infirmiers</i>	<i>Atteindre l'équilibre budgétaire dans l'Unité de soins D1</i>	<i>% des repas non consommés par les patients dont j'ai la charge, retournés à la cuisine et coût de ce gaspillage</i>
Processus interne	<i>Mettre en place ou améliorer tous les processus « prestations hospitalières »</i>	<i>Mettre en place le processus « commande des repas »</i>	<i>Respect à 100 % du processus « commande des repas »</i>	<i>Respect à 100 % du processus « commande des repas » pour les patients dont j'ai la charge</i>
Apprentissage organisationnel	<i>Augmenter les efforts de développement et de formation continue du personnel</i>	<i>Organisation d'un séminaire sur les prestations hôtelières pour le personnel infirmier</i>	<i>> 80 % de l'équipe participe à un séminaire sur les prestations hôtelières</i>	<i>Participation en 2004 au séminaire sur les prestations hôtelières</i>

Figure 15. Descente en cascade du TBP

⁷⁶ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 267
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 220-223

Si la résolution de ce cas concret peut être entreprise dans le cadre du TBP, la sensibilisation du personnel aux avantages d'une démarche cohérente et ciblée « stratégie » sera d'autant plus grande.

Par exemple, l'infirmière ou l'ICUS, en principe, peu enclines à travailler avec des indicateurs et peu perméables aux outils de management, peuvent très vite comprendre, grâce au TBP d'équipe ou individuels, les relations de cause à effet d'une action ponctuelle et les impacts globaux sur la marche de l'établissement. La présentation d'un schéma, (comme celui proposé ci-dessous), est parfois bien plus parlant qu'un cours théorique sur les avantages du TBP.

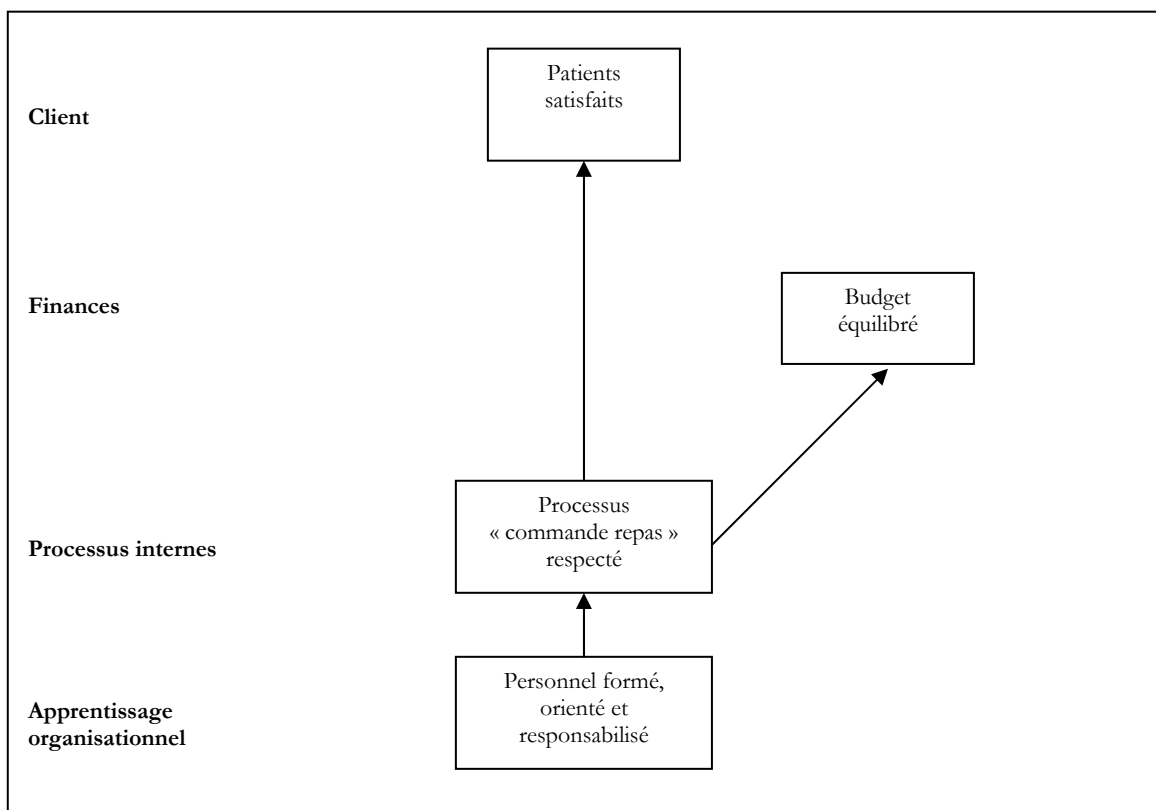


Figure 16. Les relations cause-effets (schéma)

3.5.3 La liaison du TBP avec le budget

Fondamentalement, le TBP n'est pas un outil de mesure stricto sensu mais de management. C'est pourquoi, il ne développera toutes ses potentialités qu'une fois pleinement utilisé comme tel. Dans cette perspective, il est recommandé de le lier à la planification budgétaire. KAPLAN et NORTON parle de relier la stratégie au budget dans une procédure de « descente graduelle ». Une fois les objectifs stratégiques identifiés et fixés, il s'agit de déterminer les besoins en ressources financières et humaines et de débloquer ces dernières. Ceci s'effectue en intégrant ces besoins dans le budget annuel. Ce dernier comporte, dès lors, deux volets : un budget stratégique pour gérer les programmes à la demande et un budget d'exploitation pour gérer l'efficacité des départements et des services ⁷⁷.

⁷⁷ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 301-302

Comme nous l'avons indiqué, nous ne pensons pas que le TBP puisse être utilisé, dans un premier temps, comme un moyen d'allocation de ressources. Un tel but ne peut être atteint qu'après avoir éprouvé ce nouvel outil pendant quelque temps. Remarquons d'ailleurs que certaines entreprises vont très loin, puisqu'elles fonctionnent sans budget et recourent exclusivement au TBP pour fixer leurs objectifs ⁷⁸.

3.6. 6EME ETAPE : EVALUER, APPORTER LES CORRECTIONS NECESSAIRES ET FAIRE VIVRE

L'implémentation du TBP a agi comme une véritable révolution dans toute l'organisation. En effet, pour la première fois, la stratégie est descendue de son piédestal. Elle a pu être clairement communiquée au sein de l'entreprise et adoptée par les collaborateurs.

L'établissement des relations de causalité entre les indicateurs a permis aux cadres de comprendre comment l'entreprise créait la performance et où se trouvaient les sources d'améliorations. De façon imagée, on peut constater que, si le bateau continue à naviguer dans le brouillard (car l'environnement est malheureusement ainsi), le capitaine dispose au moins maintenant d'un radar de haute performance pour éviter les écueils. Constater sans pouvoir agir (comme le montrent beaucoup d'instruments de mesure) n'a pas beaucoup de sens !

La vision globale et équilibrée du TBP a forcé la direction à ne plus se focaliser uniquement sur la performance financière, mais à porter son attention sur les autres domaines critiques de l'organisation.

Cette vision idyllique de l'implémentation du TBP n'est, toutefois, pas toujours la règle. Des échecs sont souvent constatés. C'est pourquoi, il convient de s'y attarder quelque peu.

3.6.1 Surmonter les obstacles

C'est lors de l'implémentation proprement dite que des échecs majeurs voient le jour. En effet, jusque-là, le projet était resté principalement dans sa phase conceptuelle. Dès maintenant, il est confronté au terrain. Examinons quelques problèmes pouvant survenir ⁷⁹:

1. Un projet et une stratégie irréalisable

L'équipe dirigeante n'est pas parvenue à se mettre d'accord sur l'orientation fondamentale de la stratégie. Dès lors, faute d'indications cohérentes, chacun suit sa propre voie selon son interprétation du projet et de la stratégie. N'étant reliés à aucune vision d'ensemble, les efforts ne sont pas intégrés et ne génèrent aucune synergie.

2. Dissociation entre la stratégie et les objectifs

Si les objectifs stratégiques ne sont pas traduits en objectifs opérationnels pour les départements, les services ou les individus, la performance reste alors strictement évaluée sur la capacité à respecter

⁷⁸ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 309

⁷⁹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 201-205
KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 390

les budgets prévisionnels. Le TBP ressemble, en conséquence, à un simple outil de contrôle classique. Aucun lien n'existe en réalité entre la stratégie et les objectifs des unités ou des collaborateurs.

3. Le manque d'engagement de la part de la direction

L'engagement de la direction est capital pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la direction doit expliciter la stratégie de l'établissement et ne pas laisser aux cadres intermédiaires le soin de le faire, ces derniers manquant, du fait de leur position dans l'entreprise, de vision globale. Ensuite, elle doit montrer qu'elle croit en cet outil et que celui-ci est une pièce maîtresse du management. A défaut, le TBP restera une fin en soi, sans lendemain.

4. Trop peu de collaborateurs impliqués

Nous avons vu qu'il était souhaitable de disposer d'une cohorte de collaborateurs pour mettre en place le TBP. Ce manque d'implication est peut-être du à la mauvaise volonté de certains collaborateurs qui devraient sortir de leur schéma habituel de fonctionnement pour s'investir dans des démarches qui nécessitent plus d'effort, de travail et de temps ! Si la direction ne prend pas cette option, elle risque de courir à l'échec

5. Trop de collaborateurs indisponibles

Nous l'avons vu : outre l'équipe de projet, dont la tâche exclusive (ou presque) est de travailler sur le TBP, tous les autres collaborateurs impliqués sont des « miliciens ». Cela signifie qu'ils doivent assumer cette tâche de construction du TBP en sus de leurs activités ordinaires. Or nous connaissons les caractéristiques d'une profession de soignant : imprévisibilité, urgence, etc. C'est pourquoi, il est parfois très délicat de maîtriser la variable « facteur humain ». L'absence inopinée d'un médecin-chef, par exemple, peut retarder considérablement les travaux d'un groupe, étant donné l'importance de la personne en question dans le processus de décision. Ces contretemps peuvent avoir une influence très négative. C'est la raison pour laquelle, il convient :

- d'exiger un respect rigoureux des agenda,
- de mettre en place des mécanismes de remplacement des personnes indispensables avec octroi au remplaçant des pleins pouvoirs de négociation,
- d'instituer une procédure individualisée de mise à niveau des connaissances des cadres décideurs pour pallier le retard pris du fait de leur absence, etc.

afin, notamment, de maîtriser la variable temps et d'éviter que la machine ne se grippe.

6. Mauvais choix des indicateurs

Les managers, se fiant uniquement à leur intuition ou par confort sélectionnent les indicateurs qui leur semblent les plus importants ou les plus « abordables » en prise aux problèmes aigus du moment, sans avoir de vision à long terme.

7. Trop grande complexité

L'équipe dirigeante a mis en place un trop grand nombre d'interactions entre les indicateurs, de sorte que le système devient trop complexe. Dès lors, la tendance est, soit un rejet de l'outil, soit une interprétation personnelle du processus de gestion favorisée par un projet trop touffu.

8. Pas de déclinaison du TBP

La méthode est comprise de manière erronée par les collaborateurs comme s'appliquant au top management exclusivement. Dès lors, le TBP n'est pas appliqué au niveau opérationnel. Rappelons que le but est que chacun dans l'organisation comprenne la stratégie et contribue à son application.

9. Un processus de développement trop long

Dans quel délai un TBP devrait-il être implémenté ? Aucune règle absolue n'existe. Toutefois, comme le TBP est un processus de gestion continu, rien n'empêche qu'il soit mis en application avant que toutes les phases citées ci-dessus ne soient complètement réalisées. Par exemple, il ne sera pas nécessaire que tous les départements, services ou individus aient leur propre TBP pour démarrer.

A l'Hôpital de Sion, les premiers éléments du TBP devraient déjà servir à l'équipe de direction après six mois environ.

A défaut d'une certaine célérité, les collaborateurs risquent de se démotiver et le projet de s'enliser.

10. Le traitement du TBP comme un système

Si les collaborateurs confondent le TBP avec un simple système informatique de récolte de données, la direction court à l'échec. Certes, il est utile d'automatiser au maximum la recherche de données mais cette action n'est pas une fin en soi.

Face à ces obstacles, l'équipe de projet et la direction doivent immédiatement prendre les mesures adéquates pour rétablir la confiance dans l'outil. Malheureusement, bien souvent, elles ne sont même pas au courant de ces dysfonctionnements. C'est pourquoi, il convient de mettre en place un système de reporting, d'une part, pour surmonter les écueils mais, également, pour apporter les corrections nécessaires à la stratégie ainsi qu'au TBP.

3.6.2 Le retour d'information, l'évaluation et la résolution de problèmes

En faisant coïncider la stratégie, les objectifs, les mesures et les budgets, on met l'organisation en mouvement. Toutefois, la direction a besoin d'évaluer si la stratégie est bien appliquée et à quel point elle semble bien fonctionner. De même, afin de corriger les erreurs d'appréciation ou d'implémentation commises, il est nécessaire d'obtenir un retour d'information. En fait l'organisation a besoin d'une procédure itérative.

Plus généralement, nous pouvons affirmer que la direction doit disposer d'un système de reporting qui lui permet, d'une part, d'analyser ses objectifs stratégiques donc les hypothèses qu'elle a émises, et, d'autre part, de déterminer si les principes qui guident son action sont toujours conformes aux résultats et adaptés aux observations et à l'expérience. N'oublions pas que les stratégies sont évolutives et qu'elles peuvent être rapidement déphasées, que tous les acteurs de l'établissement peuvent enrichir la stratégie par leurs idées ou leurs suggestions et que la stratégie est un processus continu ! KAPLAN et NORTON considèrent que les processus de management articulés sur la stratégie doivent effectuer une double boucle d'apprentissage, passant par la collecte de données stratégiques, l'analyse de la stratégie, l'évaluation de sa pertinence en fonction des évolutions récentes et le suivi des idées sur de nouvelles possibilités et orientations stratégiques ⁸⁰.

⁸⁰ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 253-257

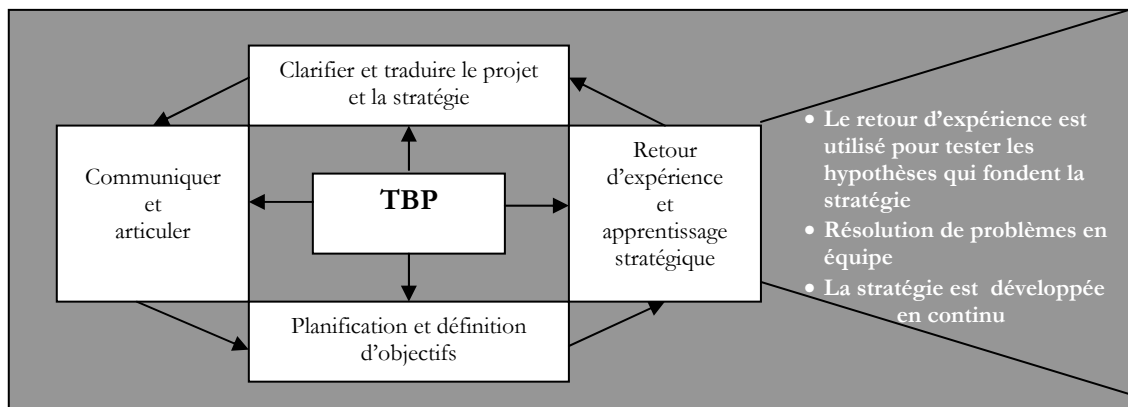


Figure 17 . Retour d'expérience et apprentissage stratégique

3.6.3 Faire vivre

Comme toute entreprise au sein d'une organisation, le dernier travail à accomplir consiste à faire vivre le processus. Le TBP n'est pas statique mais dynamique. Il faut penser à le réactualiser et à reprendre toutes les étapes à intervalles réguliers. C'est pourquoi, nous préconisons ce qui suit :

- Il est indispensable de mettre en place une structure de suivi. Celle-ci peut être l'équipe de projet qui a mené à bien l'implémentation du TBP. Elle peut également consister en un team ad hoc. Cette structure aura pour tâche de :
 - o conseiller la direction sur le TBP,
 - o animer toute réunion destinée à affiner la déclinaison du TBP dans l'établissement,
 - o contrôler l'application du TBP,
 - o suggérer toute amélioration,
 - o savoir si l'organisation reste sur sa trajectoire de performance à long terme, si de nouvelles opportunités ou menaces nécessitent un changement de ligne stratégique, etc. et faire rapport à la direction,
 - o être la référence et la « hot-line » pour tout ce qui concerne le TBP,
 - o etc.
- Nous estimons capital que la direction utilise le TBP dans le management quotidien de l'hôpital. Cet outil doit être le pivot du pilotage de l'établissement et servir de base à toutes les décisions. C'est pourquoi, lors de chaque réunion de la direction, on doit y faire référence. A défaut, le TBP, comme indiqué supra, sera seulement traité comme un système en soi, qu'on va très vite oublier dans un tiroir.
- Nous suggérons diverses mesures concrètes pour que le TBP fasse partie du quotidien de chaque collaborateur (cf infra 4.2.1 : l'enjeu de la récompense). L'idéal serait que le TBP devienne un outil de travail qui ne soit pas considéré comme une entrave supplémentaire à sa mission quotidienne mais qui fasse partie de l'environnement habituel de chacun. La réalisation d'un tel objectif nécessite une étude approfondie et fait appel à des compétences pointues, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

- Comme nous l'avons laissé entendre, il est particulièrement difficile de relier le TBP à la planification budgétaire. Mais nous avons également affirmé qu'il serait souhaitable d'y parvenir à terme. Afin de permettre à un système déficient de recouvrer la santé, KAPLAN et NORTON proposent d'ailleurs de ne pas se soustraire à cet impératif. Ils suggèrent de mettre sur pied un processus continu à double boucle ⁸¹ :

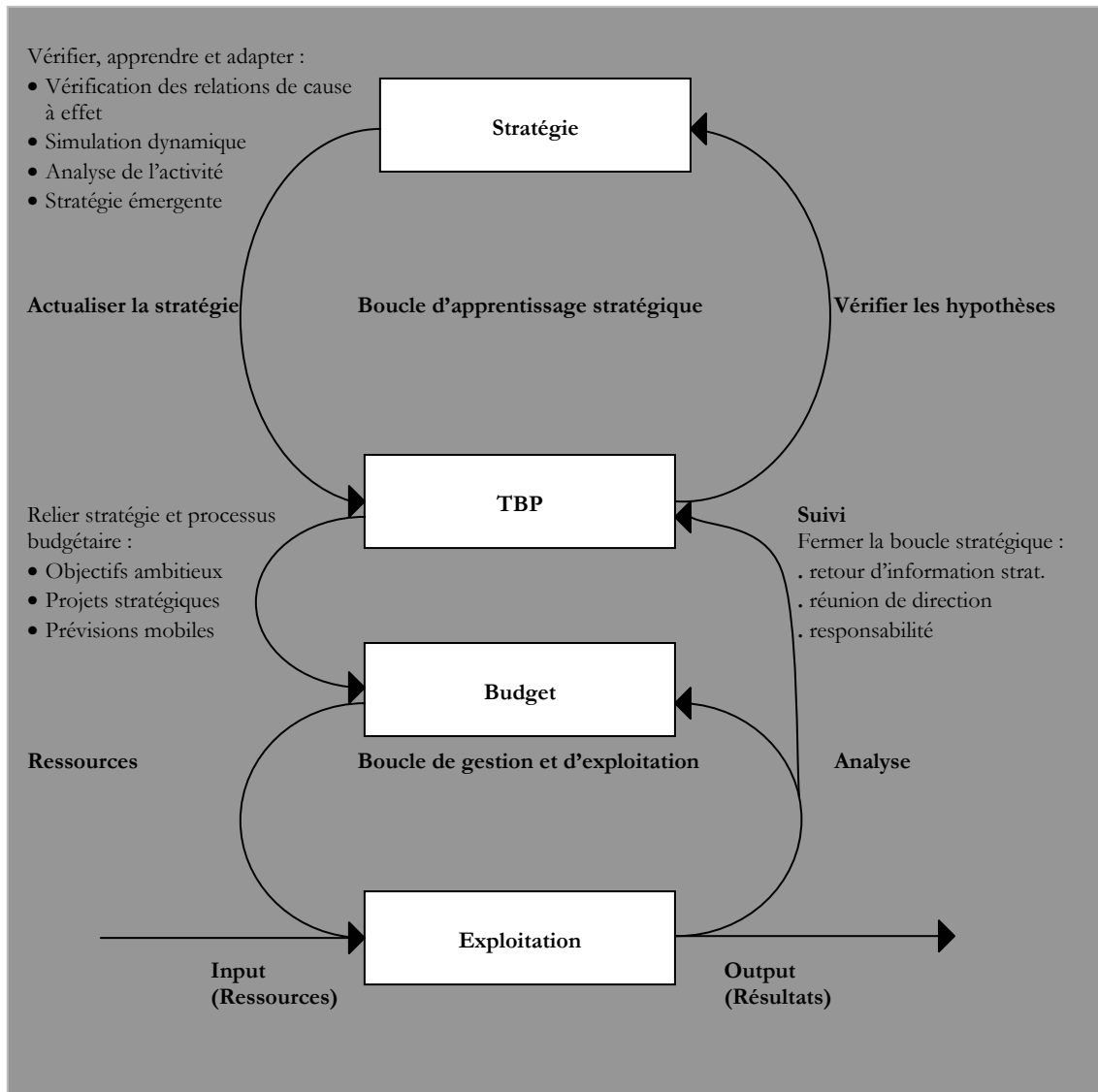


Figure 18. Faire de la stratégie un processus continu

⁸¹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 298

4. ANALYSE DES ENJEUX LIES A L'INTRODUCTION DU TBP

4.1. La gestion du changement

L'hôpital est caractérisé par :

- La complexité des intervenants et des actions : plus d'une cinquantaine de métiers y sont présents pour accueillir, diagnostiquer, traiter, réhabiliter et supporter les activités de soins.
- Une forte autonomie professionnelle des acteurs principaux : les médecins.
- La faiblesse de la ligne hiérarchique : le système des trois voies (médicale, infirmière, administrative) prédomine dans les hôpitaux publics avec pour conséquence une forte logique de cloisonnement.
- La faiblesse de la technostructure qui ne permet pas de « piloter véritablement le bateau ».

Dans ce contexte, toute démarche institutionnelle, qui plus est novatrice, n'est pas évidente à réaliser. Par ailleurs, on assiste bien souvent dans le milieu hospitalier à une résistance au changement au-dessus de la moyenne, surtout lorsqu'il s'agit de mettre en place un système de mesure. Ceci provient du fait que, comme le dit ALVAREZ ⁸², « l'hôpital est caractérisé par son ancrage dans le passé avec des valeurs fortes, tels le dévouement, l'accueil de tous ou la disponibilité. Les acteurs tentent de se protéger du changement provoqué par le système de contrôle qui vise à faire la lumière sur les activités de chacun. La bienheureuse incertitude, qui règne avant l'introduction de la mesure chiffrée de l'action de chacun, est considérée par la plupart des responsables comme une source de quiétude. On comprend qu'ils entendent ne point la trahir. L'opacité est aussi une protection et bien des acteurs répugnent à mettre en évidence leur faible activité quantitative ou qualitative. A organiser, ainsi, une plus grande transparence, on réduit les zones d'ombres auxquelles chaque protagoniste tient pour une raison ou une autre. Les acteurs craignent donc de se voir imposer des règles de gestion ou des contraintes plus fortes et plus difficiles à respecter. L'appel à des méthodes de gestion plus sophistiquées concernant de façon fine les activités constitue l'arme d'une guerre risquant d'être fatale à tous. Le problème est donc de savoir si ce progrès des connaissances est souhaitable ou non. Il manque ici un consensus sur les finalités à assigner à l'information ».

Autrement dit, consacrer du temps à des problèmes non médicaux est une forte contrainte initiale à faire accepter par les différents acteurs et plus particulièrement par le corps médical. Dans bien des cas, ces problèmes considérés comme relevant de « l'intendance » sont décriés. L'introduction de moyens de mesure provoque plutôt des réactions indignées qu'un début d'intérêt de la part du corps médical. La prise en compte des contraintes économiques constitue, en effet, pour certains acteurs, une évolution radicale.

Même si le tableau dressé ci-dessus peut paraître un peu noir, il est parfaitement conforme à la réalité dans certaines institutions. C'est pourquoi, il convient de redoubler de vigilance lors du démarrage d'une action aussi ambitieuse que l'introduction du TBP. De surcroît, quelle que soit l'organisation, force est de constater qu'un changement nécessite des ressources doit être accompagné de mesures spécifiques. Cela prend du temps afin de communiquer, informer, former ou « coacher ».

⁸² ALVAREZ F. Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels. In Actes du XXI^e Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000 ; 2.3.3 et auteurs cités

Mais reprenons en détail la problématique de la conduite du changement. Pour ce faire, nous nous référons principalement à CREMADEZ et FERNANDEZ ⁸³ :

1. La réceptivité du milieu

La mise en place d'une démarche stratégique comme le TBP peut être perçue par les professionnels de différentes manières :

- L'occasion d'être enfin entendus, d'exprimer ses souhaits et de « secouer le cocotier ».
- L'intrusion de l'administration par un « cheval de Troie » .
- L'opportunité de participer à une expérience enrichissante.
- La possibilité de sortir d'une impasse organisationnelle ou budgétaire, etc.

2. La réaction vis-à-vis d'un tel projet est fortement influencée par quatre paramètres principaux :

- La connaissance des objectifs du projet : il est incontournable d'informer efficacement les collaborateurs de la finalité d'un projet (cf 3.5.1 supra) et d'éviter des apostrophes telles que « on ne sait pas ce qu'ils vont faire, on ne nous dit jamais rien, on ne sait pas où cela nous mène ». Il est évident que personne n'est intéressé à développer des efforts pour contribuer à un projet dont on ne connaît ni la finalité ni les conséquences.
- Les aspirations personnelles : chaque personne sera plus ou moins intéressée par la réussite du projet selon qu'elle contribue ou non à satisfaire ses aspirations personnelles.
- La personnalité des individus : on trouve quatre groupes, par ailleurs, d'inégale grandeur :
 - les « pour » fondent de grands espoirs dans le projet. Il ne faut surtout pas les décevoir. Il convient de s'appuyer sur eux pour convaincre les indécis.
 - Les « indécis » qui n'ont pas encore effectué leur choix. Ils ne demandent qu'à être convaincus.
 - Les « contre » qui sont hostiles ne serait-ce qu'à l'évocation du changement, ne sachant pas ce qu'ils ont à y gagner.
 - Les « passifs » : le groupe le plus difficile à saisir et souvent le plus important.
- Le climat relationnel : la transparence et la confiance sont parmi les clés de la réussite du projet. La confiance peut tenir au tempérament charismatique de la personne qui manage l'établissement ou de celle qui veut implémenter le TBP ou, encore, de celle qui informe.

⁸³ CREMADEZ M. Op. cit. 295-309
FERNANDEZ A. Op. cit. 137-143

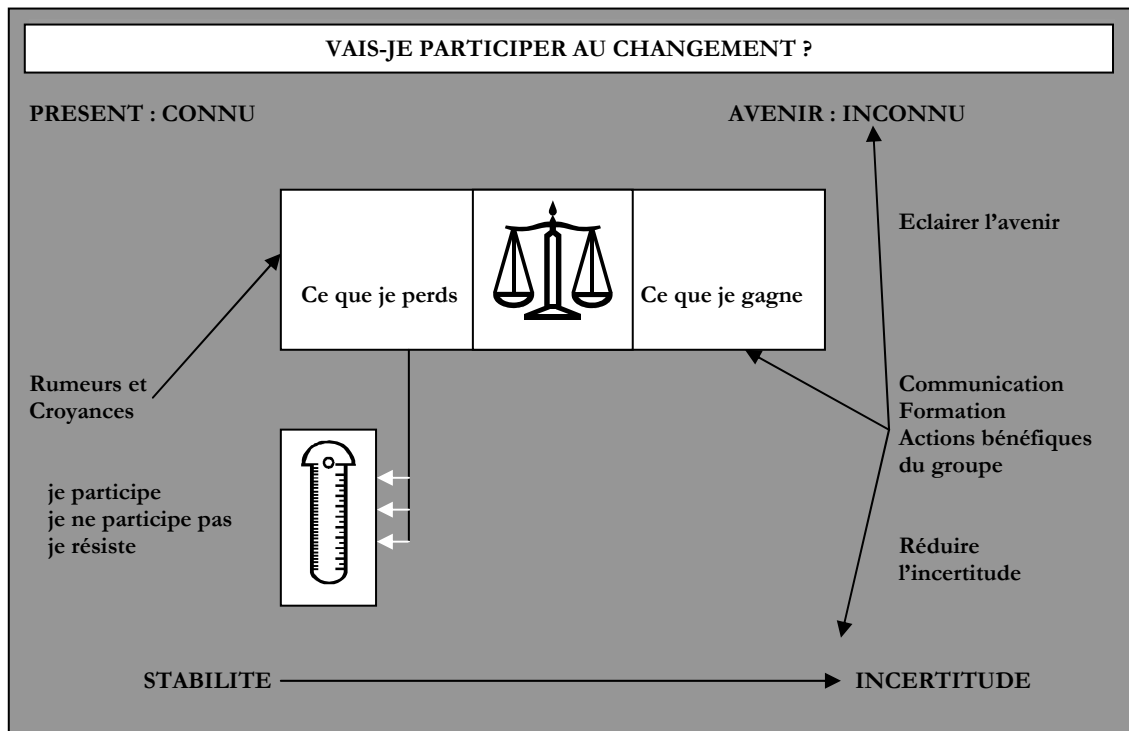


Figure 19 . Influences négatives et positives

3. La mise en œuvre du changement

a. Le lancement de l'opération

La phase de démarrage d'une opération de changement est capitale pour sa réussite. En effet, quels que soient les rebondissements ultérieurs, un dossier bien lancé initialement conserve de bonnes chances de succès alors que les conséquences d'un lancement raté ou flou sont très difficiles à surmonter. Il convient, toutefois d'éviter deux pièges :

- Dans le monde hospitalier, le credo de l'hôpital-entreprise a de la peine à se faire entendre, car il symbolise la prédominance de l'économique sur le sanitaire et le social. Tout agent de changement sera par conséquent soupçonné de vouloir implanter ce modèle et sommé de se justifier. Accepter de se justifier comporte le risque de ne pas convaincre les opposants et de désorienter les partisans du changement ; il est important d'agir initialement dans un terrain neutre, celui de la méthodologie. Le pourquoi du changement étant un terrain miné, il convient d'intéresser les acteurs au « Comment » en leur montrant qu'ils en garderont le contrôle.
- On ne prêche qu'à des convaincus ; c'est pourquoi, l'accent doit être mis à convaincre les sceptiques qui, comme rappelé ci-dessus, ont tendance à être les plus nombreux. Auprès de ces derniers, ce qui est probant, ce sont les faits et non les paroles. Or, lors du lancement d'une opération, l'équipe dirigeante ne possède pas encore de preuves de l'efficacité du nouveau projet. Seuls des éléments extérieurs à l'organisation peuvent être effectivement apportés. Dès lors, il faut envisager deux situations pour se donner une chance de réussir :
 - trouver des alliés à l'interne qui acceptent de se lancer sans avoir la certitude de réussir ;
 - se comparer à des alliés à l'externe qui ont déjà fait le pas et qui sont prêts à dévoiler les grandes lignes de leur projet ; l'avantage de ce benchmarking réside dans le fait que cette comparaison n'a pas d'enjeu décisionnel immédiat.

Encore faut-il savoir quand lancer le processus ? Celui-ci, généralement, commence par une prise de conscience de l'urgence du changement. Celle-ci peut venir du besoin de redresser une médiocre situation financière, de réagir à un changement de l'environnement externe ou de fixer à l'organisation des objectifs ambitieux pour qu'elle soit encore bien meilleure qu'elle ne l'est. Aucune règle bien précise n'existe.

b. Le leadership de la direction

Tous les ouvrages spécialisés le répètent : le leadership de la direction est primordial afin de réussir un changement. KOTTER, par exemple, affirme, à juste titre, ce qui suit : « le management est un ensemble de processus qui peut permettre à un système humain et technologique complexe de fonctionner sans heurt... Le leadership est un ensemble de processus qui au début crée les organisations ou les adapte à des circonstances extrêmement changeantes... La transformation réussie comporte 70 à 90 % de leadership et seulement 10 à 30 % de management »⁸⁴.

Si l'on prend véritablement conscience de l'importance de l'engagement de la direction et que l'on concrétise ce principe dans la réalité, on peut quasiment avoir partie gagnée. Dans le cadre d'un hôpital, on ne manquera pas de demander un engagement sans faille au directeur général, ainsi qu'aux directeurs médical, infirmier et administratif. La conviction, par l'exemple, demeure une recette qui a fait ses preuves.

c. La constitution d'une structure pour la gestion du changement

Tout processus, comme celui de l'implémentation d'un TBP, nécessite, nous l'avons vu, la mise en place d'une structure ad hoc. Il faut, néanmoins, préciser que la création d'une équipe de responsables efficaces implique de rompre avec de nombreuses traditions, notamment, avec la gestion cloisonnée, profondément enracinée dans le monde hospitalier. Autrement dit, il convient d'éliminer les barrières fonctionnelles et créer un esprit d'équipe et une culture de résolution de problème en transversal. C'est souvent la dynamique de l'équipe de responsables qui détermine si le TBP est bien implémenté dans l'organisation.

d. La généralisation à l'ensemble de l'organisation

Même si la conduite proprement dite du changement est l'affaire d'une petite équipe, il est primordial que tous les acteurs aient l'impression de contribuer au changement et de maîtriser le processus. A cette fin, il convient de respecter plusieurs règles :

- instituer un climat de confiance, autrement dit, conclure un contrat tacite de réussite qu'il faut passer à tous les niveaux ; la confiance, c'est jouer cartes sur table et être persuadé que les autres en font autant ;
- impliquer progressivement les différents acteurs en donnant une longueur d'avance à ceux qui détiennent le pouvoir formel ;
- ne pas cristalliser les oppositions par une attitude d'exclusion. Les « contre » ne doivent pas être pressés de prendre parti ; la porte doit rester ouverte même si le projet pourrait théoriquement réussir sans les opposants les plus farouches ;
- utiliser à bon escient le pouvoir d'incitation de la direction ;
- transformer les premiers utilisateurs, « les early adopters », en promoteurs de la démarche ;
- se donner du temps pour mener à bien le changement.

⁸⁴ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 353

e. L'importance des preuves

A tout moment, il faut apporter la preuve que les choses bougent dans le bon sens. C'est pourquoi, il est nécessaire :

- D'obtenir rapidement des résultats concrets ;
- De tirer profit des résultats des premiers indicateurs afin de valoriser l'activité médicale et infirmière et de dépassionner, ainsi, le débat sur l'immixtion « de la logique comptable » dans le fonctionnement de l'hôpital ;
- D'éviter l'inertie et l'enlisement, d'où la nécessité de raccourcir certains délais ;
- De financer le plus vite possible les actions dont l'analyse stratégique aura montré l'opportunité.

f. Le soutien de consultants

En principe, pour mener à bien une entreprise de cette ampleur, il est nécessaire d'obtenir le soutien de consultants, propres à coacher l'équipe. Certes, on peut y renoncer si l'établissement dispose de collaborateurs dans l'équipe de projet, dûment formés et déjà expérimentés dans l'implémentation de tableaux de bord, voire du TBP lui-même.

4. La pérennisation du changement

a. Le transfert de méthodologie

Nous l'avons déjà évoqué : l'implémentation d'un TBP n'est pas une fin en soi. Cet outil est destiné à vivre avec l'établissement, à évoluer de concert avec lui et à se transformer selon les circonstances. C'est pourquoi, dans la mesure où l'organisation a fait appel à un consultant externe, il convient au fur et à mesure de l'avancement du projet de permettre à l'équipe chargée de faire vivre le TBP d'acquérir les éléments essentiels de la méthodologie, afin d'agir en véritables experts, une fois le mandat du consultant terminé.

b. La formation

La formation des collaborateurs est essentielle à la pérennisation du changement. Ceci est d'autant plus vrai dans le secteur hospitalier peu habitué aux notions fondamentales de gestion. Cette formation continue doit être généralisée à tout le personnel avec une intensité plus ou moins grande. Si une ou deux journées peuvent suffire pour les collaborateurs aux tâches les plus humbles, une attention particulière sera portée aux cadres médicaux et infirmiers (avec toute la difficulté que l'on sait à convaincre certains patrons à trouver le temps nécessaire à ce genre d'exercice). Pour les cadres les plus occupés, comme les médecins, il s'agira même de faire du « sur-mesure ». Un problème se pose toutefois : étant donné que, dans le monde hospitalier, peu de collaborateurs sont formés au TBP, il sera nécessaire d'avoir recours à un consultant ou à un organisme externe pour assurer, dans un premier temps, cette tâche de formation.

4.2 Les enjeux

Certains auteurs (NIVEN par exemple ⁸⁵) ont inventorié un certain nombre de réflexions auxquelles les équipes dirigeantes sont usuellement confrontées et qui dénotent, au fond, une propension à trouver toute sorte de prétextes pour refuser le changement mais surtout l'existence de nombreux enjeux liés à l'implémentation du TBP. En voici quelques-uns :

4.2.1 Les enjeux internes

1. Les collaborateurs ne sont pas motivés à jouer le jeu : l'enjeu de la récompense

KAPLAN et NORTON sont clairs : « toutes les entreprises s'interrogent sur l'opportunité et la manière de relier leur système de rémunération aux mesures du TBP. Il est certain que, pour que le TBP génère le changement de culture, il doit y avoir une incitation financière à la réalisation de ses objectifs. La question n'est donc pas de savoir si un lien doit être créé mais, plutôt, quand et comment » ⁸⁶. Les concepteurs du TBP ont parfaitement raison lorsqu'ils affirment que la rémunération variable est un puissant levier pour attirer l'attention des salariés sur les objectifs de l'entreprise. Pour illustrer leurs propos, ils citent le manager d'une grande maison. Ce dernier trouve formidable que tous les salariés, une heure tous les mois, prennent le TBP et regardent ce qu'il y a de plus important dans leur activité. Ils découvrent s'ils gagnent ou perdent par rapport aux objectifs et le font pour connaître la somme d'argent qu'ils vont recevoir. Le manager reconnaît qu'il n'aurait pas obtenu le même degré d'attention sur le TBP et sur les objectifs personnels si l'entreprise n'avait pas fait le lien avec la rémunération. Cette liaison, en fait, joue deux rôles importants : elle concentre l'attention du salarié sur les indicateurs les plus fondamentaux pour la stratégie et elle procure une motivation extrinsèque en récompensant les salariés lorsque les objectifs sont atteints ⁸⁷.

Objectivement, à l'analyse de ce constat, on peut affirmer que c'est surtout le montant reçu à la fin du mois qui motive l'employé. Lorsque l'organisation réussit, il participe aux récompenses ; à l'inverse, lorsqu'elle a échoué, il est pénalisé.

Qu'en est-il dans un hôpital ? De manière réaliste, on peut prétendre que de relier la rémunération au TBP est particulièrement difficile mais pas impossible. Sans entrer dans le détail (car cela nécessiterait un mémoire en soi), les obstacles sont trop grands pour se lancer dans une telle aventure (cf. 2.2.3 supra). Faut-il, dès lors, renoncer à tout système de récompense ? Certainement pas ! C'est pourquoi, il est souhaitable de se tourner vers les récompenses intrinsèques émanant du TBP ou de l'établissement lui-même. La description détaillée de ces dernières nécessiterait également la rédaction d'un mémoire ; c'est pourquoi, nous nous limiterons à une simple énonciation sommaire de celles-ci :

- Récompenses émanant du TBP : augmentation des connaissances, apprentissage, satisfaction, « champion du TBP », reconnaissance « officielle » avec article spécial dans le journal interne, ...
- Récompenses collectives au service ou au département : primes, journées de congé, repas, excursions, visites, cadeaux, réductions sur les achats en pharmacie, à la cafétéria, parking gratuit, rabais d'essence, rabais flotte ..., mais aussi possibilité d'augmenter l'allocation budgétaire, acquisition de matériels, ...

⁸⁵ NIVEN P. Op. cit. 301-306

⁸⁶ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 1998, 2003; 223

⁸⁷ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 274

En conséquence, la liaison entre les mesures du TBP et un système de récompense n'est de loin pas inopportune dans le secteur public. C'est pourquoi, nous suggérons de ne pas avoir recours au salaire au mérite, du moins dans un premier temps, et, si cela est souhaité, du moins pour les cadres, de ne le mettre en place qu'en ayant bien expliqué aux syndicats l'articulation du TBP et son mode de fonctionnement. Il faut éviter à tout prix de conférer au TBP une image négative. Par contre, nous proposons de retenir un système de récompense intrinsèque qu'il convient d'organiser dès le lancement du TBP, notamment pour attirer l'attention de tous les collaborateurs sur ce nouvel outil. L'alignement stratégique et la responsabilisation de chacun en sortiront également renforcés.

2. Le corps médical ne veut pas collaborer : l'enjeu de l'adhésion de tous les acteurs

L'introduction du TBP provoque un véritable changement culturel puisque cet outil postule une vision de l'hôpital moins individuelle. Dans cette perspective, il est possible que certains employés aient de la peine à collaborer. Il est vrai que la très forte spécialisation des catégories professionnelles au sein de l'hôpital entraîne une importante césure expliquant le faible niveau de communication. Pour évoluer, il faut, tout d'abord, reconnaître les autres acteurs et leurs problèmes puis prendre en compte les difficultés des autres services. Cela se traduit, souvent, par des débats animés autour de vieux griefs dans le but de faire table rase du passé mais, surtout, par la volonté commune de créer une véritable culture d'entreprise et de mettre sur pied un projet d'établissement.

Le problème majeur concernant le corps médical n'est pas tant l'opposition à devoir collaborer avec des professions moins prestigieuses que de dégager des disponibilités dans le calendrier surchargé. C'est pourquoi, il est impératif de compenser les efforts fournis par les médecins qui participent effectivement au processus. Dans le même esprit que le système des récompenses énoncé ci-dessus, cette compensation peut être d'ordre financier pour des médecins payés à l'acte ou consister en l'octroi de ressources humaines supplémentaires pour un médecin-chef (octroi de postes supplémentaires d'assistant, voire de chef de clinique).

3. Le personnel ne connaît pas le TBP : l'enjeu de la formation

Pour beaucoup de soignants, les outils de management sont ésotériques. Afin de leur permettre de se familiariser avec ceux-ci, un programme de formation ad hoc doit être mis en place ; nous l'avons déjà évoqué ci-dessus. En fait, il s'agit de leur montrer les avantages du système, notamment, la possibilité d'analyser simplement les résultats générés par la mesure de leur performance. Ceci n'est pas si complexe en soi. Il convient, toutefois, que le formateur ait la capacité de traduire en mots simples et concrets le TBP.

4. A quoi bon s'engager, la direction paraît ne pas croire au TBP ! : l'enjeu du leadership

Nous l'avons évoqué (cf. 3.6 supra) : l'engagement de la direction est essentiel à la réussite de l'implémentation du TBP.

Or, dans certaines situations, l'engagement du directeur général même et son pouvoir de conviction, voire de contrainte, peuvent être freinés par le travail de sape d'un ou de plusieurs cadres importants. En effet, les principaux chefs de départements (notamment médicaux) ne peuvent être nommés ou révoqués par lui. L'hôpital public est ainsi la seule entreprise où les responsables des différents secteurs de production échappent presque totalement à l'autorité du directeur général. C'est paradoxal mais c'est un fait. Comment attendre de ces cadres qu'ils respectent les objectifs de l'organisation, qu'ils se conforment aux objectifs budgétaires, qu'ils tentent d'identifier les sources d'inefficacité et les lieux de gaspillage, s'ils ne peuvent être sanctionnés sur-le-champ, sans attendre une procédure interminable et, de surcroît, hautement politisée ? Dans de tels cas, un directeur général dont on reconnaît d'abord les compétences et en

qui on a confiance, aidé si possible par un certain charisme de même qu'un talent avéré de communicateur, pourra mettre l'accent sur l'argumentation avec un pourcentage plus que satisfaisant d'écoute et de suivi.

5. Ce que je fais n'est pas mesurable : l'enjeu des indicateurs

Dans le secteur de la santé, particulièrement chez les médecins, on remarque souvent une aversion à tout contrôle quantitatif ou qualitatif. Si l'on peut comprendre cette réaction, on ne peut pas l'accepter. En effet, qui dit management (stratégique ou non), dit gestion et mesure. Comment peut-on, en effet, évaluer le progrès accompli ou la qualité attendue sans mesure ? Pour ce faire, il s'agit de définir :

- ce que l'on veut mesurer (critère de performance) ?
- comment le mesurer (indicateur) ?
- par rapport à quelle référence ?

Puis, après l'analyse des écarts éventuels, il faut définir un plan d'action, assurer le suivi et refaire la mesure après un certain temps.

En fait, tout est mesurable ; il suffit d'un peu d'imagination !

6. Les résultats sont utilisés pour punir : l'enjeu de la finalité du TBP

Les collaborateurs inquiets face au changement se demandent souvent si les résultats mesurés sont utilisés par la direction pour prendre des sanctions ou d'autres moyens de rétorsion à leur encontre. En effet, ils constatent que les gens qui travaillent bien ne voient pas leurs efforts récompensés. Par contre si le système de contrôle démontre que quelque chose ne va pas, ils ont tout de suite leur patron sur le dos.

Pour pallier cette problématique, les managers doivent s'astreindre à coacher, coacher encore, pour éviter ces pratiques néfastes.

Le TBP introduit de nouvelles procédures ou mesures de la performance, ainsi que des conceptions novatrices. Dans cet esprit, les mauvaises performances ne doivent pas être traitées comme des défauts mais comme des opportunités d'apprentissage et d'approfondissement de son métier. Le manager qui dit, lors d'une réunion, : « OK nous n'avons pas atteint tous nos objectifs le dernier trimestre ; quelle en est l'incidence pour notre activité quotidienne et notre stratégie ? » permettra de mieux faire accepter le TBP comme un outil de management au service de l'entreprise. Mais tout cela nécessite d'innombrables efforts et du leadership... !

7. Est-ce qu'en définitive le TBP va permettre de sauver notre hôpital ? : l'enjeu de la « corporate image »

De nombreux collaborateurs sont préoccupés face à l'avenir et voient arriver les décisions de planification avec appréhension. C'est pourquoi, dans ces périodes de tension, la direction mettra tout en œuvre pour créer une « corporate image » positive. Certes, cela n'est pas suffisant pour sauver un établissement; toutefois, grâce au TBP, il est possible de communiquer des données objectives dans le but de renforcer la crédibilité et la confiance des partenaires (autorités, assureurs,

population, etc.), créant simultanément une avantageuse notoriété. En fait, le TBP permet de transmettre les images suivantes, tant à l'externe qu'à l'interne :

A l'externe :

a. Une image de performance

L'Hôpital doit véhiculer une image de performance avec comme objectifs de :

- Convaincre les esprits critiques.
- Obtenir les appuis nécessaires : politiques, financiers...
- Renforcer la connaissance auprès du public des mesures mises en œuvre et de leur cohérence.
- Obtenir la reconnaissance de la qualité du service et des prestations.
- Eliminer des préjugés.
- Attirer des médecins de premier ordre.
- Attirer du personnel infirmier et des collaborateurs de bon niveau malgré la pénurie existante.
- Jouer un rôle de premier plan dans le paysage hospitalier.
- Construire une réputation solide.

b. Une image d'accueil personnalisé et attentionné

Le but de la transmission d'une telle image est d'informer, de rassurer, voire même de séduire. Cette communication s'adresse plus particulièrement :

- aux patients ;
- aux familles ;
- aux visiteurs ;

et s'insère clairement dans la perspective « clients ».

c. Une image d'attractivité sur le marché de l'emploi

... avec comme buts :

- D'attirer des professionnels de qualité
- De susciter de nouvelles vocations dès la fin de la scolarité obligatoire.
- D'attirer à nouveau d'anciennes infirmières ayant privilégié la famille.

d. Une image d'ouverture et d'implication dans la vie socioculturelle locale, régionale voire cantonale

...afin de décloisonner l'établissement, l'humaniser et apprivoiser le public.

e. Une image d'acteur de la santé publique

...dans le but d'élargir la vocation de l'hôpital dont la mission est non seulement de soigner et de guérir mais aussi de prévenir l'apparition de la maladie et donc de se soucier de préserver le capital santé au sein de la population.

A l'interne :

Pour répondre aux attentes du personnel, mais surtout pour lui donner confiance et le fidéliser, l'hôpital s'engagera à communiquer les messages suivants :

a. Une image de compétitivité et de potentialité de développement des prestations de l'hôpital

...afin de garder le personnel hautement qualifié, le motiver, le stimuler. Grâce au TBP, il est possible de faire du benchmarking et de comparer ses performances avec celles des établissements de même nature.

b. Une image de fidélisation réelle

...dans le but d'éviter la rotation du personnel et le motiver. Le TBP permet de mesurer l'efficacité des mesures de fidélisation prises par le département des ressources humaines.

c. Une image de culture d'entreprise par le sentiment d'identification et d'appartenance à l'entreprise

...afin d'atteindre les objectifs suivants :

- Transparence de l'information ;
- Crédibilité ;
- Climat de confiance ;
- Cohésion sociale de tous les acteurs de la santé ;
- Motivation du personnel ;
- Fierté de travailler dans et pour l'établissement ;
- Création de liens étroits du personnel avec Son entreprise.

8. Le TBP nécessite-t-il un déploiement complet de l'informatique dans tout l'établissement ? : l'enjeu du système d'information

C'est un truisme de dire que, pour la saisie, le traitement et la diffusion des données, l'informatique est plus rapide, sûre et efficace. Toutefois, une faible informatisation d'un hôpital n'est pas un obstacle dirimant à la mise en place du TBP. En effet, la récolte de données peut s'opérer, certes de manière moins aisée, par d'autres canaux et la transmission de l'information également.

Par contre, il serait erroné de traiter le TBP comme un système (cf. 3.6.1 supra). N'oublions pas que l'informatique est au service de l'établissement et que le mieux est l'ennemi du bien !

9. « Nous entendons parler du TBP depuis des mois ; quand va-t-on enfin aboutir ? : l'enjeu de la gestion du temps

La diversité des acteurs, leur faible disponibilité et la forte augmentation de l'activité hospitalière impliquent une gestion du temps rigoureuse pour permettre une synchronisation indispensable de toutes les étapes d'implémentation du TBP. Une planification précise des différentes phases limite tout risque de dérive dans le temps, voire d'abandon par lassitude. Pour éviter ces pièges, nous avons suggéré quelques pistes (cf. 3.1 supra).

10. L'hôpital ne dispose pas de ressources pour faire vivre le TBP : l'enjeu de la pérennisation du TBP

Il est un fait avéré que beaucoup d'hôpitaux ne disposent pas de cadres et de moyens financiers suffisants pour « manager » l'établissement correctement. Le risque est donc qu'une fois le TBP implémenté, on se satisfasse du devoir accompli et qu'on ne l'adapte plus par manque de moyens. Ce risque, en fait, n'en est pas un si l'établissement a compris que le TBP est un outil de gestion au quotidien et qu'il est aussi indispensable au management de l'hôpital que le bistouri au chirurgien ! L'identification des changements de l'environnement et l'adaptation de la stratégie, ainsi que du TBP, sont donc des travaux réguliers qui ne nécessitent pas de ressources supplémentaires. Dans le cas contraire, mieux vaut renoncer à certaines autres tâches mineures que d'oublier le TBP dans un tiroir !

4.2.2 Les enjeux externes

1. L'implémentation du TBP exclut certains acteurs important : l'enjeu institutionnel

A notre sens, ce n'est pas correct d'affirmer, comme le prétend CHABIN, que « le TBP exclut de premier abord certains partenaires susceptibles d'influencer la conception et la mise en œuvre de la stratégie : par exemple, les organismes publics ou parapublics, notamment, ceux qui établissent le cadre des règles de la concurrence ou ceux qui imposent le respect de normes diverses (de type environnemental, social, éthique, ...) ou encore les clients finaux qui peuvent, par leurs comportements, modifier les besoins des clients directs de l'entreprise donc sa stratégie. De ce point de vue se pose la question de la pertinence des quatre perspectives préétablies... »⁸⁸. En effet, tous les reproches formulés ne résistent pas à l'examen. De deux choses l'une :

⁸⁸ CHABIN Y. Op. cit. 10

- ou bien l'organisme public (Etat, établissement de droit public, ...) contrôle totalement l'hôpital (par exemple, cette situation se vérifie si l'établissement est complètement intégré dans l'administration cantonale) et, dans ce cas, il intervient comme organe de l'hôpital auquel le projet de TBP doit être soumis ;
- ou bien il agit comme organisme de « tutelle » ou de contrôle ; dans ce cas, il intervient comme organe de planification ou de surveillance, dictant certaines règles dont doit tenir compte l'établissement dans son analyse SWOT (cf. 3.3 supra).

Dans l'un et l'autre cas, l'organisme public contribue, directement ou indirectement, à la définition de la stratégie.

2. Pourquoi investir dans un système qui n'est destiné à durer qu'une période administrative ? : l'enjeu politique

C'est vrai que, dans un système public qui assujettit l'hôpital directement à la politique, un outil de mesure de la performance peut être la victime d'un changement de « régime ». Toutefois, chaque élu a besoin de démontrer qu'il a atteint des résultats probants. C'est pourquoi, il n'y a pas de raison que le TBP ne puisse pas servir les intérêts de divers responsables politiques successifs.

3. A quoi bon implémenter un TBP puisque la population ne veut pas comprendre des résultats négatifs dans le secteur de la santé ? : l'enjeu de la transparence

Cette remarque est pertinente. En effet, la population et les autorités politiques sont, aujourd'hui, dans un tel état d'esprit qu'il est difficile d'annoncer de mauvais résultats. Comme le TBP est un système ouvert et transparent, il est tout à fait envisageable que les relevés du TBP figurent en première page du quotidien local. Comment agir dans de telles circonstances ? En mettant en œuvre le plan de communication de crise qui prévoit, notamment, d'anticiper au lieu de réagir. C'est ainsi qu'il sera utile d'inviter la presse à mieux comprendre les mécanismes du TBP et les résultats obtenus, même si ce travail peut être ardu et peu porteur dans un premier temps !

4. Sommes-nous obligés de mettre en place un instrument du type TBP ? : l'enjeu de la contrainte

Le monde hospitalier est sous haute pression et les contraintes de toute nature sont, aujourd'hui, réelles (les rappels faits à l'introduction de ce mémoire le démontrent). Faut-il pour autant invoquer la contrainte pour justifier l'implémentation du TBP ? A priori, nous ne le croyons pas ; toutefois, dans certaines circonstances, cette stratégie peut s'avérer efficace (cf. 4.1.3.a supra).

5. CONCLUSION

5.1 CRITIQUES ET ASPECTS POSITIFS

Au terme de ce périple dans les entrailles du TBP, force est de constater que cet outil ne peut laisser personne indifférent. Pour certains, il est n'est pas d'une grande utilité. Pour d'autres, il est une panacée universelle, indispensable au management d'une organisation. Pour d'autres encore, il est un simple système de gestion ordinaire. Que faut-il en penser ? Examinons donc ces critiques et ces remarques positives plus en détail :

- **Quelques critiques**

Le manque d'intérêt pour le TBP peut s'expliquer par la difficulté de décliner et de décomposer les objectifs des paliers inférieurs de l'organisation, par la complexité de son implémentation, par l'absence d'un système d'information perfectionné à l'appui du TBP, par l'absence de compétences et de savoir-faire, par l'absence de lien entre le TBP et la rémunération du personnel, par le défaut d'engagement de la part de la direction ou par le fait que cette dernière est trop occupée à résoudre les problèmes à court terme. Reprenons plus à fond quelques-unes de ces appréciations (plusieurs ayant déjà été traitées ci-dessus) :

1. Certains disent que le TBP nécessite un système d'information très sophistiqué et coûteux. Tant que ce dernier ne sera pas mis en place, il ne sera pas utilisable.

Cette affirmation a le mérite de soulever le problème de la nécessité pour un hôpital de disposer d'un système d'information performant. Or poser la question c'est y répondre. Bien évidemment, c'est incontournable, ne serait-ce que pour respecter la législation (cf supra : Introduction) mais également pour piloter valablement l'établissement. Par contre, un système d'information peut être efficace même s'il revêt diverses formes (support électronique, papier). L'essentiel est de savoir comment il est alimenté. Ceci pose le problème de la saisie des données qui n'est pas une sinécure dans un hôpital ; il suffit de se rappeler l'introduction chaotique dans certains hôpitaux du TARMED, au 01.01.2004.

Dès lors, il est erroné de prétendre que le TBP serait inutilisable sans un système d'information relativement simple. Par contre il est primordial de disposer des bonnes informations au bon moment.

2. Aux yeux de certaines personnes, le TBP est considéré comme trop complexe tant dans sa compréhension que dans son implémentation, surtout pour les PME ou les organisations de petite taille. Il est, dès lors, plus judicieux d'opter pour des outils traditionnels simples et éprouvés comme le budget ou le reporting financier.

Cette appréciation est à prendre en considération, surtout en cas d'implémentation dans un hôpital du type de celui de Sion. C'est pourquoi, il faut éviter à tout prix de mettre en place une machine « infernale » et surdimensionnée. Mieux vaut opter, du moins au départ, pour une solution simple, compréhensible et conviviale, puis étayer la construction petit à petit.

Il est donc faux de croire que seules les grandes entreprises profitent des concepts et principes liés à cet outil. En fait, cette contre-vérité provient, notamment, de la croyance qu'il faut un logiciel très coûteux pour pouvoir l'utiliser. Nous avons vu que cela n'était pas nécessaire. Le TBP fait appel à des concepts de base en gestion des opérations nécessitant tout simplement un jugement éclairé dans leur application. Il incite à l'action et à la prise de conscience de l'importance de la gestion de son capital intellectuel et dénie la prédominance des seuls résultats financiers. C'est pourquoi, il est applicable à toute organisation du secteur privé ou public.

3. Les inévitables arbitrages entre les différents indicateurs de performance donnent l'impression à certains gestionnaires que le TBP ne fait que reproduire un rapport de force en vigueur dans l'entreprise. Certains cadres auraient effectivement la perception d'être espionnés. Ceci serait d'autant plus vrai si ces mêmes responsables ne sont pas invités à participer, notamment, à la définition des indicateurs.

Le reproche peut être pertinent si la direction entend implémenter le TBP selon la seule méthode « top-down », sans recours à une véritable coopération des cadres intermédiaires, notamment.

4. Du fait du nombre restreint d'indicateurs retenus par axe, la réalité hospitalière n'est pas valablement présentée par le TBP. De plus, on peut remarquer que les liens entre les indicateurs non-financiers et les résultats financiers ne sont pas toujours bien définis et acceptés par tous les cadres. Enfin, les indicateurs de performance médicale sont rarement intégrés au TBP, ce qui donne l'impression à certains médecins-chefs que leurs valeurs personnelles sont en décalage avec celles de l'entreprise et que l'objectif de l'exercice est un simple contrôle des cadres.

La problématique de la construction des indicateurs est réelle ; nous l'avons traité supra (cf 3.4.3 et 3.4.7). Nous souhaiterions relever un point fondamental : les indicateurs représentent les informations les plus importantes de l'établissement. C'est pourquoi, un consensus doit être trouvé parmi les cadres, notamment médecins, pour que cette affirmation soit concrétisée. Par ailleurs, si le besoin s'en fait sentir, rien n'empêche de disposer de sous-indicateurs permettant de répondre aux reproches énoncés ci-dessus.

5. L'implémentation du TBP peut être laborieuse car cette approche suscite des résistances et on a souvent du mal à comprendre comment l'appliquer. Pour pallier cette critique, il faut respecter quelques principes, notamment, les suivants :

- commencer par développer un outil simple;
- adapter le concept à la taille et à la culture de l'organisation;
- trouver un consensus parmi les cadres tant sur la stratégie, les objectifs stratégiques, le plan d'action que sur les indicateurs ;
- veiller à ce que les objectifs stratégiques et les indicateurs soient reliés entre eux;
- déployer progressivement;
- lier le TBP à un système de récompense ;
- intégrer la philosophie d'amélioration continue;
- ne pas s'attendre à ce qu'il remplace les autres outils de contrôle financier,
- etc.

Certes, il faut reconnaître que cet outil de gestion peut, parfois, bousculer des habitudes bien ancrées, d'où son impopularité auprès de certains cadres qui sont relativement satisfaits des outils traditionnels, à savoir le budget et les états financiers ou se complaisent dans un flou statistique qui les arrange.

6. L'utilisation du TBP peut entraîner des effets pervers selon la personne qui voit et contrôle les données. Par exemple, les personnes qui savent que leurs données seront accessibles à leurs supérieurs et collègues feront parfois en sorte que ces données projettent une image tronquée de la réalité. Ou encore, engendrer au sein de l'établissement un climat de suspicion généralisé.

Faut-il, face à un tel risque, renoncer à l'implémentation de tout outil ayant, d'une certaine façon, une connotation de contrôle ? En réalité, plusieurs arguments plaident contre ce renoncement :

- Il n'y a pas de gestion sans contrôle, d'une part, parce qu'il faut bien vérifier si le plan d'action se réalise tel que prévu et, d'autre part, parce que les dirigeants doivent être en mesure d'apporter rapidement les correctifs nécessaires. Toutefois, si le contrôle est dirigé contre les employés, il sera contre-productif. Le TBP doit donc se baser sur des faits et se concentrer sur la performance des activités plutôt que de favoriser la recherche de « coupables ». C'est pourquoi il convient de bien choisir les indicateurs utilisés. On devra avoir un nombre limité de mesures centrées sur les indicateurs clés de succès, soit des indicateurs cohérents avec la stratégie et touchant autant les résultats passés que les déterminants de la performance future pour les patients, les collaborateurs et les financeurs.

Par contre, il faut reconnaître que l'un des objectifs du TBP étant de contrôler l'atteinte de divers objectifs stratégiques ou opérationnels, il est clair que si les valeurs qui y sont présentées ne correspondent pas à ces objectifs, certaines personnes auront à répondre de leur performance. Par conséquent, nous ne croyons pas que le TBP soit un « prétexte » pour contrôler les employés. Il est un outil qui permet aux collaborateurs de se mesurer face aux objectifs de l'entreprise.

- D'une certaine manière, les employés ont tout intérêt à montrer exactement ce qu'ils font à partir d'une évaluation réelle et non pas sur la base d'impressions, d'appréciations fumeuses, voire de jugements à l'emporte-pièce. Le TBP peut alors servir de moteur et non d'éteignoir.
 - Si le directeur a un style de gestion « fouineur », il trouvera le moyen de contrôler ses employés, qu'il utilise ou non un TBP.
 - Le TBP doit être bien communiqué aux collaborateurs. Il ne doit pas être présenté comme un outil de contrôle stricto sensu mais bien comme une mesure de l'efficacité du plan d'action et de l'atteinte des résultats prévus. Il doit permettre aux employés de se concentrer sur des faits et non sur de vagues appréciations et d'arrêter les mesures correctrices nécessaires. Le manque de suivi est une raison majeure pour la non-réussite d'objectifs annuels. Le TBP permet de pallier ce risque. Il a donc un effet mobilisateur. C'est pourquoi, il ne sera nullement perçu comme un moyen de contrôle mais comme un outil indispensable pour l'établissement.
7. La planification stratégique pour un hôpital public est stérile. Cette critique cinglante claque comme un coup de tonnerre dans l'ambiance feutrée d'une salle de réunion. Il est vrai que, de prime abord, il n'est pas aisé pour un quelconque collaborateur de comprendre les buts poursuivis par la planification stratégique. Or plusieurs arguments plaident en faveur de la nécessité de définir une stratégie :
- La planification stratégique est un outil flexible qui facilite l'arrimage entre les objectifs de l'entreprise et les opportunités de la mission de service public ou du marché, de façon à assurer la croissance continue de l'établissement à court, moyen et long terme et à garantir la qualité de ses prestations. Bien que certains affirment que la planification stratégique rapporte trop souvent peu de résultats concrets pour l'entreprise, son absence a mené à des conséquences désastreuses pour plusieurs d'entre elles (principalement dans l'économie privée) allant jusqu'à mettre en péril tout ou partie de ses activités. Sa principale faiblesse ne réside pas dans son élaboration mais plutôt dans la mauvaise communication aux divers niveaux de l'organisation. On ne peut guider valablement un établissement sur la route sinueuse de la compétitivité ou du bouleversement sans informer les conducteurs sur la route à suivre pour arriver à destination. La planification stratégique peut être un exercice stérile si elle ne s'accompagne pas d'une vision clairement énoncée et comprise.

- La synergie générée par l'exercice de réflexion menant à définir la stratégie est souvent plus bénéfique que ses résultats. Une bonne réflexion sur les forces et les faiblesses de l'organisation ainsi que sur les opportunités et menaces de son environnement (SWOT) sert souvent à unifier l'équipe dirigeante vers des stratégies communes. Ces données capitales, constamment réactualisées, permettent ainsi de maximiser les forces et de saisir les opportunités qui se présentent à l'établissement tout en conscientisant ses responsables sur les faiblesses et les menaces que l'organisation doit corriger ou contourner. Des stratégies pour atténuer les impacts résultant de ces faiblesses et contrer ces menaces peuvent être ainsi développées.
 - Une planification stratégique sans un programme d'activités ou un plan d'action qui en découle est vouée d'emblée à l'échec. Une fois la réflexion terminée, l'organisme doit absolument convertir sa stratégie de façon concrète afin d'en assurer le succès. La surveillance de la mise en oeuvre des programmes d'activités doit également être mise en place. Sans cela, il est vrai que la définition de la stratégie peut s'avérer stérile.
 - Une planification stratégique au sein d'un établissement aura toujours sa raison d'être. Cependant, les méthodes et outils utilisés pour permettre de suivre sa réalisation sont parfois déficients. Il faut de doter l'organisation de moyens qui permettront à celle-ci d'être traduite en termes opérationnels de façon efficiente et efficace.
 - Cerner la stratégie et ses objectifs est un exercice qui permet de « prioriser » les actions d'un établissement à la lumière de la mission de l'hôpital, des facteurs internes et externes, des ressources budgétaires disponibles, etc.
 - Les mutations constantes du monde hospitalier ont des conséquences directes sur la production des soins. La planification stratégique agit un peu comme une vigie qui permet à l'équipe dirigeante de prévoir immédiatement des changements de direction ou d'alignement afin de demeurer en phase avec le changement et d'y associer la modernisation et l'innovation.
 - La planification stratégique sera stérile si elle demeure statique. Elle doit donc prévoir un processus d'actualisation continu pour rester en vie et atteindre les objectifs fixés.
 - La planification stratégique est indispensable à toute organisation visant un taux de survie et de croissance à long terme et nécessitant un positionnement sur un marché, qu'il soit local, régional, national ou international. C'est la ligne directrice qui nous mène vers les résultats escomptés. C'est la référence qui, en cas de doute dans les décisions, nous fournit l'argument final. C'est la source des éléments de négociations avec nos financeurs et nos partenaires.
 - Un économiste le dit si bien : " La volonté est le ressort de notre effort de planification". Que dire de plus ? on établit une stratégie si on y croit ; à défaut, on laisse tomber. La volonté de la direction doit soutenir cette planification pour lui montrer le chemin à suivre... son propre chemin.
- **Quelques aspects positifs**
 1. Le TBP démontre qu'il est erroné de croire que, pour créer de la valeur dans une entreprise, il faille se concentrer sur l'aspect financier. Cette vision simpliste est battue en brèche par cet outil dont le maître mot est « équilibre ». Equilibre entre financier et non financier, entre rétrospectif et prospectif, entre mission, vision et stratégie. Du fait de l'obligation de décliner sa stratégie selon quatre axes, il est indispensable de considérer, sur le même plan, les finances, les clients, les collaborateurs, les systèmes et les processus. Les mesures non financières impliquent de gérer des actifs non financiers comme la qualité ou la satisfaction des patients.

A l'hôpital, la pression budgétaire aurait tendance à influencer les dirigeants à ne privilégier que la performance financière. C'est oublier bien d'autres aspects indispensables à la survie d'un établissement hospitalier : compétences techniques et relationnelles, maîtrise des risques, réputation, etc. Le TBP rétablit cet équilibre.

2. Le TBP permet de faire coïncider les éléments clés de la performance avec la stratégie à tous les niveaux d'une organisation. Cette focalisation et cet alignement des initiatives stratégiques devraient permettre, à l'hôpital, de faire mieux, plus vite, moins cher.
3. Le TBP fournit aux dirigeants mais également à l'ensemble du personnel une vision claire et globale de leurs activités. En effet, il n'y a rien de pire que de s'orienter dans le brouillard ! Ceci est d'autant plus vrai dans le monde hospitalier public, soumis aux aléas de la planification hospitalière, aux soubresauts politiques, aux incohérences, parfois, de certaines décisions.
4. L'obligation de déterminer les relations causes-effets dans le cadre de la construction de la carte stratégique a des conséquences positives sur la cohérence des objectifs stratégiques adoptés par l'organisation. En effet, il se peut très bien que parmi la dizaine ou la vingtaine d'objectifs stratégiques retenus, certains soient totalement contradictoires. L'examen des relations causes-effets prévient de tels dysfonctionnements.
5. Les systèmes Qualité obligent, parfois, les établissements à produire une somme considérable de processus et, par voie de conséquence, d'indicateurs. Les résultats sont transmis, souvent, sans réflexion, aux responsables qui croulent déjà sous toutes sortes d'informations. Résultat : les dirigeants ne trient plus le bon grain de l'ivraie.

Le TBP optimise, quant à lui, sous bien des aspects, l'efficacité des programmes Qualité. Tout d'abord, il identifie les processus internes les plus vitaux aux succès stratégiques. Ensuite, il contribue à fixer des priorités parce qu'il indique sur quels aspects d'un des quatre axes l'amélioration des processus devrait porter. Enfin, il ne retient que les indicateurs les plus importants, simplifiant ainsi leur lecture.

Dans un hôpital, par exemple, un indicateur de satisfaction des patients ou de qualité de prise en charge est certainement plus important pour la direction qu'un indicateur de quantité d'engrais épandue sur la pelouse. Sur les milliers de processus existants, une synthèse est indispensable ; avec le TBP, ceci peut se réaliser.

6. La gestion des organisations devient de plus en plus complexe. Les gestionnaires ont besoin d'outils plus efficaces pour orienter leurs décisions. Le TBP vient à leur rescousse pour donner un sens à l'avalanche d'informations qui s'abat sur les décideurs. C'est un excellent moyen de regrouper et d'organiser de manière cohérente les informations clés en rapport avec les objectifs de l'entreprise. On obtient ainsi une vue d'ensemble de la performance de l'établissement ainsi que des indicateurs permettant d'attirer l'attention sur les correctifs à apporter au fur et à mesure de l'évolution de l'hôpital.
7. Le TBP facilite la communication interne et la compréhension des objectifs stratégiques à tous les niveaux d'une organisation. En effet, la stratégie est restée trop longtemps l'apanage des dirigeants. Dans un hôpital public, chaque collaborateur a le droit de connaître les orientations de la direction et celle-ci a intérêt à les lui communiquer (plus grande motivation au travail, etc.). Si l'établissement a du mal à communiquer sa stratégie et à rallier les employés autour de ses objectifs, elle devrait tirer des avantages importants d'un système de TBP.

8. Le TBP est également un bon outil de communication externe à l'attention des autorités ou des partenaires de l'établissement. Les questions de santé intéressent de plus en plus le monde politique mais également les citoyens – et pour cause ... ! Il serait dommageable que ces derniers n'apprécient la qualité d'un établissement qu'en termes de déficit budgétaire, d'erreurs médicales ou de grèves syndicales. Le TBP, synthétique et facilement compréhensible, est un bon moyen d'information.
9. A l'hôpital, il devient urgent de mesurer la performance, notamment, du fait des contraintes diverses (légal, budgétaires, de la part des patients, etc.). Or le monde hospitalier, par tradition, n'a jamais eu de culture de l'écrit, d'où les difficultés de disposer de données précises et, dès lors, de procéder à des mesures. Le TBP peut servir à cet effet.
10. Comme, idéalement, le TBP devrait être décliné dans tout l'établissement, jusqu'à avoir des TBP individuels, il devient possible de mesurer la performance personnelle de chaque collaborateur. Pour certains employés, cela peut se confondre avec le système classique de la fixation des objectifs individuels. En tout état de cause, par ce biais, la direction dispose de bonnes indications sur la qualité de son personnel et sur son engagement.
11. À juste titre, il faut souligner l'importance de la participation des employés à la conception et à la mise en place du TBP. Il faut que les employés se sentent « propriétaires » de leurs indicateurs si on veut que ces informations soient utiles. De plus, si les objectifs à atteindre sont établis en collaboration et qu'ils sont atteignables, il en découlera une attitude de partenariat vers un but commun.
12. L'introduction d'un système de rémunération différencié selon les performances de chacun demeure un puissant levier en matière de conduite du personnel. Nous l'avons vu : dans un hôpital public, il est difficile de relier le TBP avec la rémunération, surtout de le généraliser à tout l'établissement. Par contre, rien n'empêche de mettre en vigueur un système de récompenses afin de motiver les collaborateurs. Le TBP peut être utile à la mise en place de cette politique. Dès lors, devenue plus consciente des buts et objectifs de l'établissement, l'efficacité de ce dernier devrait s'en trouver renforcée.
13. Une fois construit et synthétisé, le TBP est un outil facile à comprendre, même pour les collaborateurs sans formation particulière. Dans un hôpital, où, parfois, plus de cinquante professions différentes sont représentées, c'est un atout non négligeable.
14. Le TBP est un système souple et évolutif. En effet, on peut à tout moment le modifier sans pour autant réduire à néant l'acquis ou sans tout bouleverser. Dans un monde en pleine mutation – et le secteur hospitalier n'est pas en reste -, la flexibilité dans le management est la clé de la réussite. Pour ce faire, il faut disposer de moyens de conduite adaptés. Le TBP en est un.
15. Le TBP est multifonctionnel. Il ne se limite pas à la gestion générale. On peut s'en servir dans tous les secteurs de l'établissement. En tout état de cause, pour être efficace, un système de mesure de la performance doit engendrer une évolution stratégique et assurer la concordance des objectifs dans l'organisation.

16. Le TBP est un outil intégrateur ; autrement dit, il n'exclut pas les autres systèmes déjà en fonction dans l'établissement (démarche Qualité, comptabilité analytique, contrôle budgétaire, système de mesure, etc.). Il est plutôt perçu comme un complément essentiel aux outils traditionnels de gestion.

Prenons, à titre d'exemple, les systèmes de mesure. Ceux-ci ne sont pas nouveaux et existent déjà, sous diverses formes, dans la quasi-totalité des établissements. Comme déjà indiqué, il arrive souvent que les entreprises disposent de trop d'indicateurs, fréquemment redondants. Plusieurs de ces indicateurs sont évalués pour des raisons difficilement justifiables. Certains admettent même avoir suivi plusieurs indicateurs « parce qu'ils l'ont toujours fait ».

C'est pourquoi, lors de la mise en place du TBP, l'établissement doit, d'une part, procéder à un tri sévère des indicateurs et, d'autre part, relier le système Qualité au TBP. Si tel n'est pas le cas, il sera confronté à des questions du genre : « Mon rapport de département renferme des ratios d'utilisation et des taux d'efficacité, mais pas mon TBP. Pourquoi? »

Aussi, les dirigeants ne doivent-ils pas obligatoirement jeter aux oubliettes tous les outils financiers qui ont fait leur preuve, parce qu'ils utilisent le TBP.

5.2 FAISABILITE DU TBP DANS UN HOPITAL

Ce mémoire a pour but d'élaborer une étude de faisabilité de l'implémentation du TBP dans un hôpital régional du type de celui de Sion. Après avoir examiné le contenu d'un tel outil, nous avons décrit les diverses étapes de la construction du TBP et avons analysé les enjeux d'une telle implémentation. Force est de constater que le TBP peut très bien s'adapter à un hôpital public et que sa construction est parfaitement faisable, c'est-à-dire capable de produire les résultats désirés, dans les limites de temps, de coût et selon les exigences de qualité déterminées lors de la planification, en prenant en considération les conditions particulières du milieu.

La concrétisation d'une telle entreprise nécessite, toutefois, préalablement, une étude de projet proprement dite. En effet, la présente étude traite déjà de nombreux aspects du projet lui-même. Par contre, n'ont pas été abordées dans le détail, diverses transactions comme le soutien politique, le recrutement de l'équipe de projet, la logistique, la planification précise dans le temps, etc. De même, une analyse fouillée des coûts et du financement est indispensable. Enfin, il s'agira d'étudier minutieusement un véritable système de supervision-évaluation du projet.

Précisons, par ailleurs, qu'un examen approfondi d'une implémentation réussie dans un hôpital serait une valeur ajoutée pour l'étude projet proprement dite ! In casu, nous ne l'avons pas effectué puisque nous nous sommes limités à la faisabilité d'une telle démarche. Par contre, nous avons eu l'occasion d'examiner divers cas fournis par la littérature et par la pratique démontrant soit une parfaite réussite, soit de véritables difficultés. Il est donc intéressant de citer ces quelques exemples :

- Grâce au TBP, l'Hôpital pour enfants de Duke, à Durham en Caroline du Nord (cf 2.2.2 ; p. 22 et 23 supra) a, notamment, amélioré sa marge opérationnelle, opéré une réduction de ses coûts par cas de 25%, réduit de 20% du temps les tâches administratives à la sortie et réduit la moyenne de séjour de 25%.
- A l'Hôpital de Montefiore dans le Bronx à New York (cf 2.2.2 ; p. 24 supra), on a constaté, depuis l'introduction du TBP, par exemple, « une augmentation du nombre de cas, la création de nouvelles alliances et des joint-ventures, les efforts de recrutement pour les médecins et le personnel couronnés de succès, et, surtout, l'enthousiasme du personnel aussi bien médical qu'administratif pour la nouvelle organisation, la clarté des objectifs stratégiques et les

nouveaux systèmes de mesure et de gestion qui favorisent la prise de décision et la responsabilité »⁸⁹.

- Les expériences italiennes de l'Hôpital Baraldi dans la région milanaise et suédoise de l'Hôpital Högland à Jonköping sont également intéressantes. NOBRE⁹⁰ présente la perception par les différents acteurs concernés de l'utilisation du TBP :

Forces :

- o Faciliter le dialogue.
- o Permettre la discussion sur la vision et les objectifs nécessaires.
- o Un cadre pour le travail de qualité.
- o Un langage pour la communication.
- o Utilisable à différents niveaux.
- o Compréhensible et pédagogique.

Faiblesses

- o Un mélange de mesures sans priorités évidentes pour le domaine de la santé.
- o Exigeant (management, formation en technique d'information de support).
- o Associé au seul contrôle financier.

Possibilités

- o Stimuler la discussion stratégique.
- o Stimuler la comparaison conduisant à la participation et à la coopération.
- o Mesurer la performance pédagogique pour l'apprentissage.
- o Outil de planification de long terme.

Menaces

- o Une mode.
 - o Un contrôle top-down au lieu d'un dialogue.
 - o Des supports en systèmes d'information insuffisants.
 - o Trop consommateur en ressources (en temps et en personnel).
- INADMAR a mené une enquête auprès de neuf établissements de santé aux Etats-Unis ayant introduit le TBP⁹¹. L'auteur présente, sous forme de tableau, les appréciations des représentants des institutions étudiées. 0% signifie que les résultats n'ont pas été atteints, 100% qu'ils sont totalement atteints :

⁸⁹ KAPLAN R. et NORTON D. Op. cit. Paris 2001; 168

⁹⁰ NOBRE T. Op. cit. Gestions hospitalières. Mars 2002 ; 173-175

⁹¹ INADMAR N., KAPLAN R. et BOWER M. Op. Cit. 189-192

Résultats du TBP	Pourcentage (Moyenne des 9 établ.)
La stratégie est comprise par les collaborateurs de l'organisation.	74 %
Les dirigeants prennent du temps pour discuter de la stratégie.	77 %
La stratégie et l'allocation de ressources sont liées.	66 %
L'équipe dirigeante et le personnel ont des récompenses liées à la stratégie et une communication effective a été mise en place.	76 %
La position de l'organisation sur le marché s'est développée.	52 %
Réduction des coûts / amélioration des revenus.	76 %
Les résultats des indicateurs clés ont augmenté (volume de prestations offertes, productivité, satisfaction des patients, ...).	64 %

Figure 20. Résultats du TBP (étude INADMAR)

- Les leçons à tirer de l'implémentation de du TBP à la Mayo Clinic de Rochester au Minnesota sont les suivantes ⁹² :
 - o Le développement d'un système de management de la performance prend du temps et requiert un engagement de la part des « top managers ».
 - o Il requiert le développement de nouvelles méthodes de collecte des données.
 - o Il postule un processus évolutif et itératif.
 - o Le public, les patients et les financeurs attendent des fournisseurs de soins qu'ils démontrent, de manière claire et en termes compréhensibles, la valeur des prestations offertes. Ils souhaitent également avoir accès à ces informations, par exemple via internet.
- En Suisse, les exemples d'implémentation du TBP dans les hôpitaux sont peu nombreux :
 - o Les Hospices/CHUV ont mis en œuvre un management stratégique via la démarche d'un plan stratégique, en utilisant le TBP. Au dire de certains responsables, la construction du TBP n'est pas terminée du fait de l'ampleur de la tâche mais le travail a été, jusqu'à ce jour, considérable. Sur le plan technique, il a été, par exemple, difficile de choisir de bons indicateurs. C'est, en effet, lors de cette phase que l'équipe de projet s'est rendue compte que certains objectifs stratégiques retenus n'étaient pas vraiment mesurables. Au quotidien, les dirigeants avouent que le plan stratégique n'est pas sur la table de toutes les séances de direction !
 - o L'Hôpital régional « La Carità » de Locarno au Tessin s'est également lancé dans l'implémentation du TBP. La direction prétend que cette introduction a représenté un pas important vers l'amélioration de la communication et du partage des objectifs stratégiques. Pour la première fois il a été possible de présenter les stratégies aux collaborateurs de manière simple, concise et en même temps complète. Tout le monde a pu constater que les objectifs financiers ne sont pas le seul résultat recherché et que l'hôpital s'engage aussi dans d'autres

⁹² CURTRIGHT J.W., SOLP-SMITH S.C.et EDELL E.S. Op. cit. ; 66-67

domaines. La réalisation des stratégies passe par des plans d'action. L'utilisation de ces derniers est particulièrement appréciée parce qu'elle permet la supervision de la réalisation des stratégies et garantit un échange d'informations transversales à l'intérieur des teams qui s'occupent des projets.

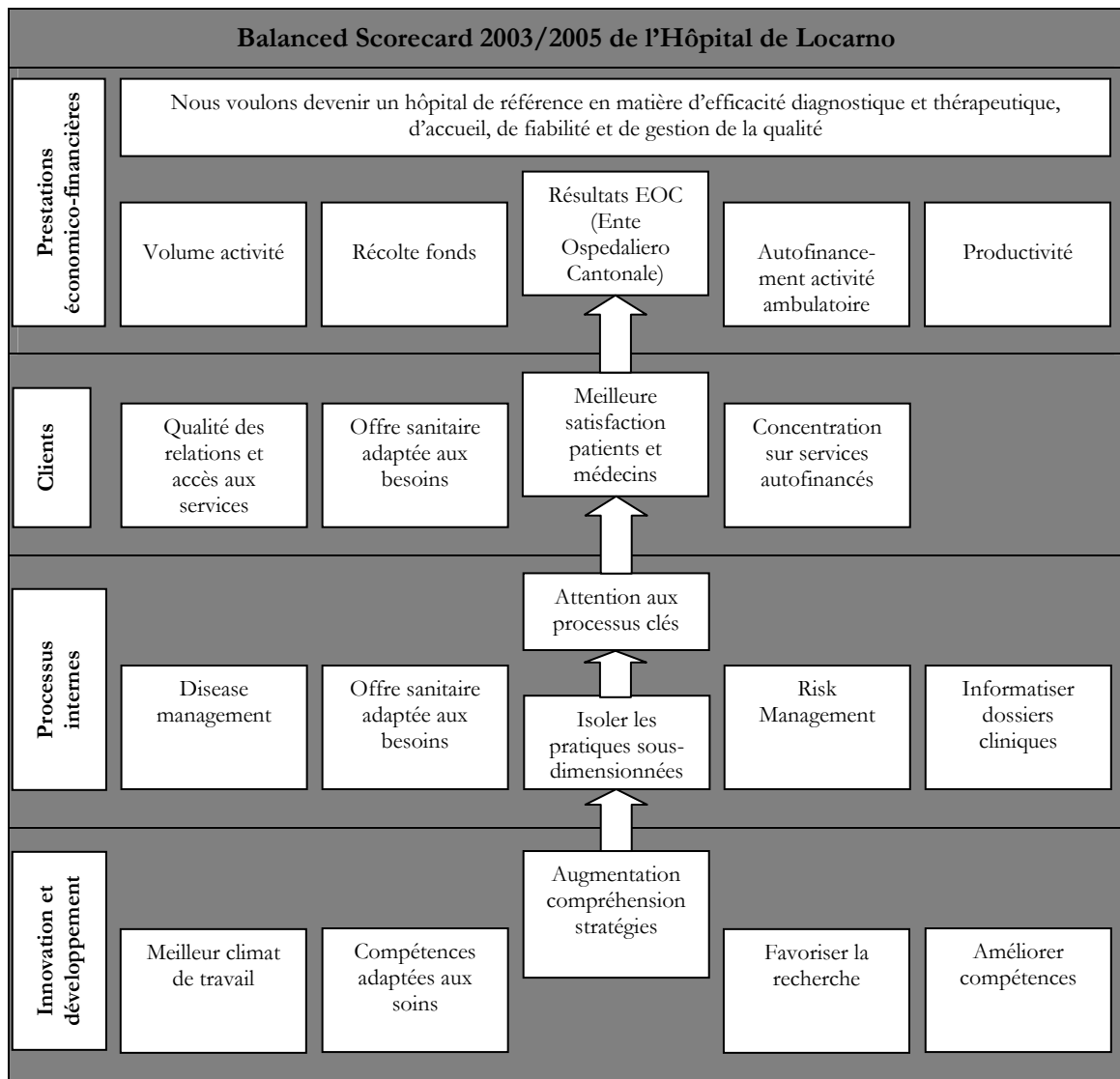


Figure 21. Le TBP de l'Hôpital de Locarno

Tous ces exemples concrets sont, quand même, encourageants même si la prudence est de rigueur. C'est pourquoi, nous ne saurions terminer avant d'avoir clairement affirmé que l'implémentation du TBP dans un hôpital régional comme celui de Sion est vivement souhaitable, a fortiori dans un hôpital cantonal ou universitaire. Relevons, toutefois, que la problématique est sensiblement différente selon la taille et la mission de l'hôpital. Plus les prestations sont diverses, plus la complexité est grande et plus difficile en est l'implémentation !

Même si le TBP comporte quelques lacunes, notamment, d'ordre conceptuel, il recèle, en revanche, d'innombrables avantages. Toutefois, compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la tâche, il nous paraît impératif de rappeler le respect de quelques règles fondamentales si l'on veut assurer le succès d'une telle entreprise :

- La construction d'un TBP nécessite l'engagement total de la direction.
- La mise en place du système est un travail d'équipe.
- Le TBP doit être impérativement décliné dans tout l'établissement et ne pas être conservé au « sommet ».
- Une attention particulière sera portée à la communication.
- La gestion du temps est capitale, ce qui nécessite une planification très fine et un suivi rigoureux.
- Le recours à un consultant est certainement nécessaire, du moins lors de certaines phases du processus (formation, mise en route, évaluation), ou comme référant externe.
- Le TBP doit être l'affaire de tous, au quotidien; c'est pourquoi, un système de récompense doit être proposé, dans la mesure où il n'est pas possible de relier le TBP à la rémunération.
- Une fois introduit, le TBP doit servir à la gestion quotidienne de l'hôpital et être réévalué périodiquement; c'est ainsi qu'il doit servir de support à toutes les réunions de la direction.

Réaffirmons également quelques mises en garde ! Tout d'abord, le TBP n'est pas une garantie de succès absolu. Il demeure un outil au service des dirigeants. Sauront-ils, en pleine tempête, garder confiance et ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain ?

Par ailleurs, comme le TBP permet d'avoir une vue d'ensemble de l'hôpital et qu'il va au-delà des seuls chiffres fournis par un système de contrôle ordinaire, la direction de l'établissement serait bien inspirée de convaincre les autorités ou les organes de surveillance d'adhérer à la démarche. Ces derniers auront-ils l'intelligence de ne pas se focaliser sur les problèmes financiers à court terme et de croire en la vertu de valeurs immatérielles qui ne déploieront leurs effets sur l'équilibre budgétaire recherché que plus tard ?

Enfin, les enjeux d'une telle implémentation sont innombrables. C'est pourquoi, il convient d'apporter une attention particulière à la gestion du changement. « Changer, faire évoluer, transformer l'hôpital, c'est en définitive une histoire d'amour, histoire de confiance, de deuils, de compromis, où la générosité côtoie quotidiennement l'étrange acharnement à maintenir les petits privilèges, où les sacrifices momentanés peuvent tous les jours se payer du plaisir d'inventer, où derrière les habitudes et la répétition se découvrent parfois, inattendus et superbes, de nouveaux horizons... Hélas, les histoires d'amour ne finissent pas toujours bien... (D'un côté) surgissent nos monstres : la perte de sens, la pression budgétaire subie, la rupture du lien social, l'acceptation frileuse et passive de la répétition, à terme : l'hôpital désenchanté... Mais il y a aussi l'inverse : le rapprochement social, de l'économique et du sanitaire, la réconciliation de la performance et du bien-être, la responsabilité partagée, le conflit fondateur, la coopération comme rencontre, curiosité, don. L'hôpital en mouvement... »⁹³.

⁹³ KLEIBER C. Op. cit. 227

6. BIBLIOGRAPHIE, TABLE DES FIGURES ET ANNEXES

6.1 BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES et ARTICLES

1. ALVAREZ F. Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels. In Actes du XXI^e Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000 ; 2.3.3 et auteurs cités
2. BAKER G.R. et PINK G. A Balanced Scorecard for Canadian hospitals. Healthcare Management Forum. 1995. Vol. 8 ; No 4 ; 7-13
3. BESSIRE D. Du Tableau de bord au pilotage : l'entreprise au risque de se perdre, in Actes du XXI^e Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000
4. BRINKERHOFF D.W. et TUTHILL J.C. La gestion efficace des projets de développement. Kumarian Press, 2^eme Edition. West Harford 1991; 58-65
5. CASTANEDA-MENDEZ K. MANGAN K. et LAVERY A.-M. The role and application of the Balanced Scorecard in healthcare quality management. Journal of healthcare quality. January-February 1998. Vol. 20; 10-13
6. CHABIN Y. Les Tableaux de bord stratégiques entre conception et action : propos d'étape d'une recherche intervention. Publication du CREGO/COST de l'Université de Montpellier ; 8
7. CREMADEZ M. Le management stratégique hospitalier. InterEditions. Paris 1992
8. CURTRIGHT J.W., SOLP-SMITH S.C. et EDELL E.S. Strategic performance management : development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. Strategic performance management. Journal of Healthcare Management 2000 ; 15; 58-68
9. FERNANDEZ A. Les nouveaux tableaux de bord des décideurs. Editions d'organisation. Paris 2001
10. GENEST B.A. et NGUYEN T.H. Principes et techniques de la gestion de projets. Editions Sigma Delta, Volume 2. Laval ; 121-164
11. HADDAD S., ROBERGE D., PINEAULT R. Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité en santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 1997 ; 4 ; No 1 ; 59-78
12. HUBINON M. et GRIMMIAUX V. Les indicateurs du département infirmier pour une gestion prévisionnelle. Publication des cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles 2002
13. INADMAR N., KAPLAN R. et BOWER M. Applying the Balanced scorecard in healthcare provider organizations. Journal of Healthcare Management 47:3 May/June 2002; 179-196
14. KAPLAN R. et NORTON D. The Balances Scorecard - Measures that drive performance. Harvard Business Review. January-February 1992
15. KAPLAN R. et NORTON D. Putting the Balanced Scorecard to work. Harvard Business Review. September-october 1993; 134-142

16. KAPLAN R. et NORTON D. Using the Balanced Scorecard as a Strategic management system. Harvard Business Review. January-February 1996; 75-85
17. KAPLAN R. et NORTON D. Le tableau de bord prospectif. Editions d'organisation. Paris 1998, 2003
18. KAPLAN R. et NORTON D. Having trouble with your strategy ? Then Map it. Harvard Business Review. September-October 2000; 167-176
19. KAPLAN R. et NORTON D. Comment utiliser le tableau de bord prospectif. Editions d'organisation. Paris 2001
20. KLEIBER C. Organisation du changement à l'hôpital. Ruptures, Revue Transdisciplinaire en santé ; 1997 ; 4 ; No 2 ; 218-229
21. MECHANIC D. Muddling through elegantly : Finding the proper balance in rationing; Health Affairs 1997; 16; 83-92
22. MELIONES J. Saving Money, saving lives. Harvard Business Review. November-December 2000; 5-11
23. MENDOSSA C., GIRAUD F., DELMOND M.-H. ET LÖNING H. Tableaux de bord et balanced scorecards. Paris 2002
24. MINTZBERG H. Le management. Editions d'organisation. Paris 1998
25. MOORAJ S. Measuring the value creation and sources of value of the Balanced Scorecard. Thèse Lausanne 2001
26. NIVEN P. Balanced scorecard step-by-step. New York 2002
27. NOBRE T. Le tableau de bord prospectif. Gestions hospitalières. Mars 2002 ; 171-179
28. NOBRE T. Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? in Actes du XXIe Congrès de l'Association française de comptabilité, Angers 2000
29. OLVE N.-G., ROY J. et WETTER M. Performance drivers : a practical guide to using the balanced scorecard. John Wiley & Sons, Chichester West Sussex 2002
30. OYON D. et MOORAJ S. Le Balanced Scorecard : mode ou création de valeur ?. L'expert-comptable suisse 6-7/98, 613-622
31. SANTIAGO J.M. Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. Psychiatric Services. December 1999. Vol. 50, No 12 ; 1571-1576

DIVERS

32. Satisfaction et désarroi des Suisses à l'égard du fonctionnement de leur système de santé, in EPISTULA ALASS, mars 2004 ; 55 ; 22-26
33. Quality of Health Care, in The New England Journal of Medicine 1996; 335; 891-894, 966-970, 1060-1063, 1146-1149, 1227-1231;
34. Plan stratégique des Hospices-CHUV 2004-2007
35. Document interne de l'Hôpital régional La Carità de Locarno
36. Office fédéral de statistique
37. Arrêt du Tribunal fédéral Suisse : ATF 4P.110/2003
38. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
39. Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)
40. Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP)
41. Décret du Grand Conseil valaisan du 4 septembre 2003 sur le Réseau Santé Valais

6.2 TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Mutation institutionnelle (p. 10)

Figure 2 : Un support pour traduire la stratégie en objectifs opérationnels (p. 12)

Figure 3 : Les principes de l'organisation orientée stratégie (p. 14)

Figure 4 : L'adaptation du cadre du TPB aux organisations a but non lucratif (p. 15)

Figure 5 : Le tableau de bord prospectif de l'hôpital pour enfants de Duke (p. 23)

Figure 6 : Le tableau de bord prospectif de l'hôpital Montefiore (p. 24)

Figure 7 : Traduire une mission en résultats souhaités (p. 34)

Figure 8 : Exemples d'objectifs stratégiques (p. 43)

Figure 9 : Le choix des indicateurs (p. 45)

Figure 10 : Exemples d'indicateurs et de valeurs cible (p. 49)

Figure 11 : Exemple de fiche d'identité d'un indicateur (p. 51)

Figure 12 : Carte stratégique des Hospices-CHUV (p. 52)

Figure 13 : Exemple schématique de TBP (p. 53)

Figure 14 : Outils de communication (p. 56)

Figure 15 : Descente en cascade du TBP (p. 59)

Figure 16 : Les relations cause-effets (schéma) (p. 60)

Figure 17 : Retour d'expérience et apprentissage stratégique (p. 64)

Figure 18 : Faire de la stratégie un processus continu (p. 65)

Figure 19 : Influences négatives et positives (p. 68)

Figure 20 : Résultats du TBP (étude INADMAR) (p. 86)

Figure 21 : Le TBP de l'Hôpital de Locarno (p. 87)

6.3 ANNEXES

Annexe 1

Brève fiche signalétique de l'Hôpital de Sion au 31.12.2003

HISTORIQUE

Edifié sur les hauteurs de Sion, à Gravelone, au début des années 1940, selon les critères les mieux adaptés aux exigences de l'époque, l'Hôpital régional a vieilli prématurément sous le double choc d'une forte augmentation de la population et d'une évolution sans pareille des techniques et prestations médicales. Devant la nécessité de s'agrandir, la décision fut prise de construire un nouvel établissement dans un endroit facilement accessible et suffisamment spacieux. C'est ainsi que le 4 décembre 1979 le nouvel hôpital ouvrait ses portes à Champsec et accueillait ses premiers patients aigus. Le site de Gravelone quant à lui était affecté à la médecine gériatrique, aux soins continus et à la réadaptation.

Depuis lors l'hôpital n'a cessé d'adapter ses prestations aux besoins de la population des trois districts de Sion, d'Hérens et de Conthey mais également de l'ensemble du Valais, dans les disciplines de base et spécialisées. Reconnu pour la variété et le volume de ses interventions, il assume un rôle central et accueille des patients aux pathologies lourdes. Premier employeur de la région, il occupe plus de 1'100 personnes, enregistre près de 120 millions de dépenses, totalise plus de 110'000 journées annuelles d'hospitalisation et héberge environ 12'500 patients par an (sans prendre en compte les personnes fréquentant l'hôpital de jour et les patients ambulatoires).

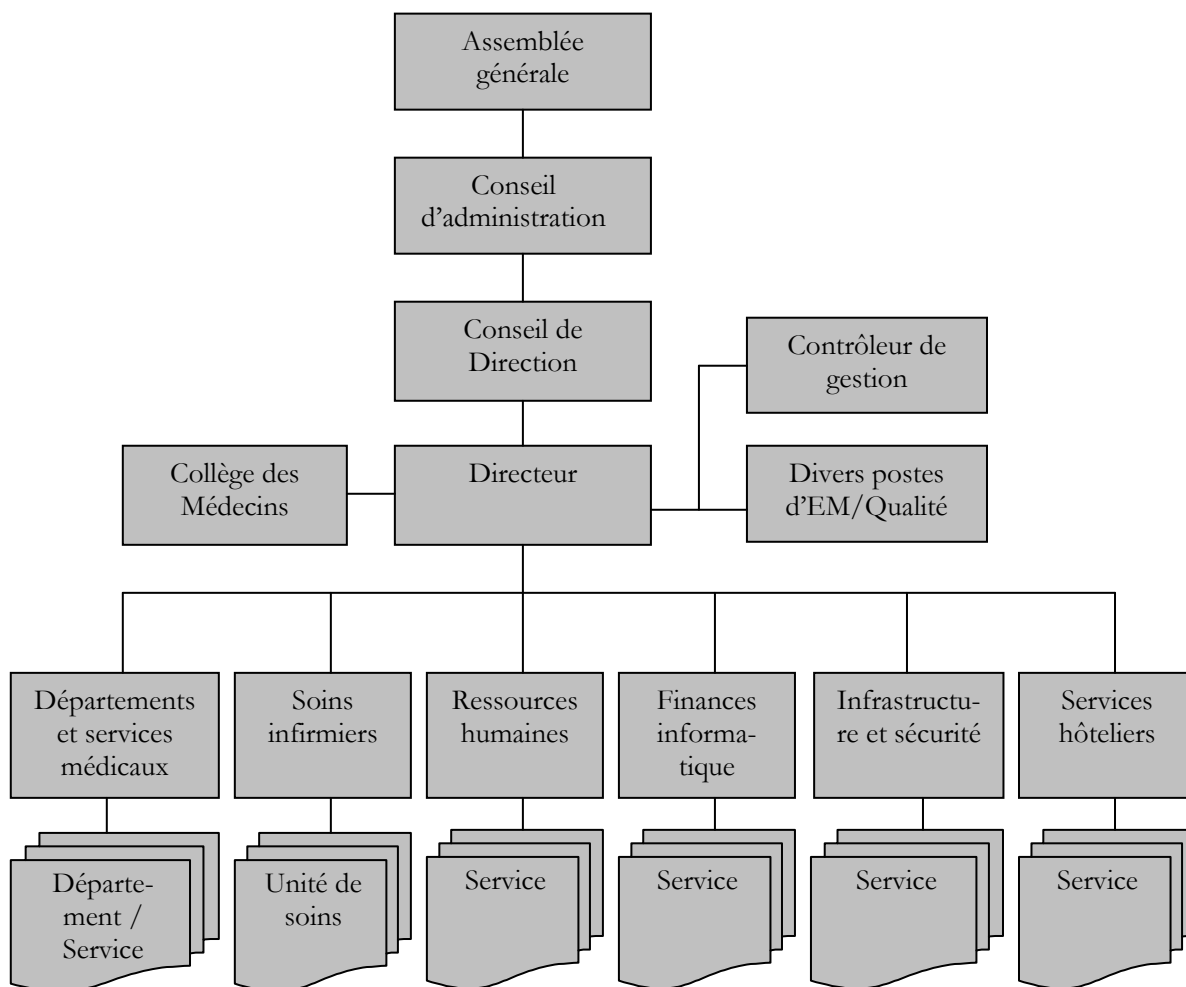


Services d'hospitalisation (sans nourrissons)	Lits disponibles	Journées facturées		Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation	Nombre d'admissions	
		2002	2003			2002	2003
1. Médecine	87	31206	33064	8.15	104.12	3268	3405
2. Chirurgie	87	28849	30613	8.16	96.40	3420	3427
3. Soins intensifs	11	2947	3142	3.57	78.26	414	459
4. Gynécologie	14	3319	3494	6.48	68.38	529	535
5. Obstétrique	14	4184	4137	6.08	80.96	669	672
6. Pédiatrie et néonatalogie	12	3989	4100	6.32	93.61	646	638
7. Gériatrie, soins continus et réad.	83	30343	29798	45.22	98.36	655	671
8. Division privée	12	3408	3886	7.90	88.72	418	404
Total	320	108'245	112'234		M : 88.6	10'019	10'211

Données comptables	Champsec		Gravelone		Total	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
	Dépenses annuelles	107'585'398	116'006'781	13'060'910	13'468'695	120'646'308
Recettes annuelles	96'321'546	108'962'670	12'736'398	13'956'991	109'057'944	122'919'661
Résultat d'exploitation	-11'263'852	-7'044'111	-324'512	488'296	-11'588'364	-6'555'815
Pertes et profits extraordinaires		522'197		-128'014		394'183
Résultat de la période/Financement complémentaire des pouvoirs publics	-11'263'852	-6'521'914	-324'512	360'282	-11'588'364	-6'161'632

Ressources humaines (Champsec et Gravelone)	Effectif à plein temps		Nombre de personnes		Dont étrangers	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Médecins et autres universitaires	101.21	110.56	130	128	26	18
Personnel soignant	354.14	366.09	486	484	130	119
Autres disciplines médicales	194.1	216.32	258	260	68	72
Administration	39.88	47.85	58	77	6	6
Service de maison	135.85	136.99	181	157	54	51
Personnel technique de maintenance	17.61	16.18	20	17	1	0
Total du personnel d'exploitation	842.79	893.99	1133	1123	285	266

Organigramme de l'Hôpital de Sion au 31.02.2003 (simplifié)



Concept hospitalier valaisan 2004 / Carte d'attribution des disciplines et des
activités

**Concept hospitalier 2004 / Organisation hospitalière et Principes de la nouvelle
planification hospitalière**

CHARTE DE L'HÔPITAL REGIONAL DE SION-HERENS-CONTHEY

1. NOTRE MISSION

L'Hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey est une association, reconnue d'intérêt public, accessible en tout temps à tous les patients, qui s'engage à recevoir les personnes malades, victimes d'accidents, enceintes ou en fin de vie et qui dispense à chacune les soins que son état requiert.

2. NOS PRESTATIONS

L'Hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey est :

- Un hôpital de soins aigus, à Champsec, chargé de la prise en charge des patients des trois districts de Sion, Hérens et Conthey, cas échéant de l'ensemble du Valais, dans les disciplines de base et spécialisées.
- Un hôpital de gériatrie, de soins continus et de mesures médicales de réadaptation, à Gravelone.
- Autrement dit, un hôpital général, doté d'infrastructures nécessaires pour traiter les personnes atteintes sévèrement dans leur santé et disposant des compétences humaines et technologiques utiles pour remplir sa mission.
- Un établissement qui collabore avec d'autres structures, notamment avec les hôpitaux universitaires, les institutions du site hospitalier de Champsec et du Centre Hospitalier du Rhône ainsi qu'avec d'autres établissements valaisans.
- Un hôpital assumant un rôle de formation pour toutes les professions de la santé.
- Un hôpital promoteur de la santé.

3. NOTRE VISION

L'Hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey :

- entend toujours placer le patient au centre de ses préoccupations,
- veut remplir sa mission en privilégiant la qualité des soins dans un souci d'économicité,
- veut poursuivre son rôle d'établissement de soins au service de la population des trois districts de Sion, Hérens et Conthey,
- assume le rôle central qui lui est aujourd'hui dévolu et veut renforcer cette tâche, en collaboration avec l'Etat et le Réseau Santé Valais,
- veut consolider ses liens avec d'autres établissements hospitaliers valaisans et universitaires afin d'améliorer la prise en charge des patients,
- entend adapter ses prestations en tenant compte des grandes tendances qui vont transformer le paysage sanitaire du 21ème siècle, soit :
 - la croissance et le vieillissement démographique ainsi qu'une précarisation économique accrue de la population,
 - des coûts de la santé qui continueront à croître plus rapidement que l'indice du coût de la vie,
 - des patients/clients de plus en plus informés/exigeants,
 - une technologie médicale qui va modifier considérablement l'organisation des soins,
 - une concurrence avec d'autres réseaux et organisations de soins.

4. NOS VALEURS

- l'éthique, le respect de l'individu et de sa dignité,
- l'octroi de soins et de traitements de qualité à tous les patients,
- le respect de l'intimité et de la tranquillité du patient ainsi que de ses croyances,
- le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui concernent le patient,
- l'information complète, accessible et loyale du patient,
- l'accueil et l'écoute de la famille et des proches du patient,
- le respect de l'autonomie du patient.

5. NOTRE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES

L'Hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey s'engage à offrir à ses collaborateurs :

- l'équité,
- la transparence pour une meilleure visibilité dans l'action,
- l'accès à la formation continue pour le maintien et le développement des compétences,
- le droit à l'erreur pour mieux exploiter les opportunités, éviter les fautes et faire preuve d'initiatives,
- la reconnaissance de l'engagement.

Il attend de ses collaborateurs qu'ils contribuent à son succès par :

- l'adhésion aux valeurs de l'hôpital,
- la défense des intérêts économiques de l'établissement et de sa politique,
- la loyauté et l'honnêteté,
- l'engagement et l'exercice de leurs responsabilités,
- la compétence et la fiabilité,
- l'imagination et la flexibilité.

6. NOTRE POLITIQUE DE QUALITE

L'Hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey considère l'amélioration permanente de la qualité comme un élément-clé de son succès. Ainsi, il s'engage :

- à rechercher la satisfaction durable de la population et des partenaires de la santé,
- à assurer à ses prestations et à ses services une qualité optimale,
- à évaluer la qualité de ses prestations et à se remettre en question de manière permanente.

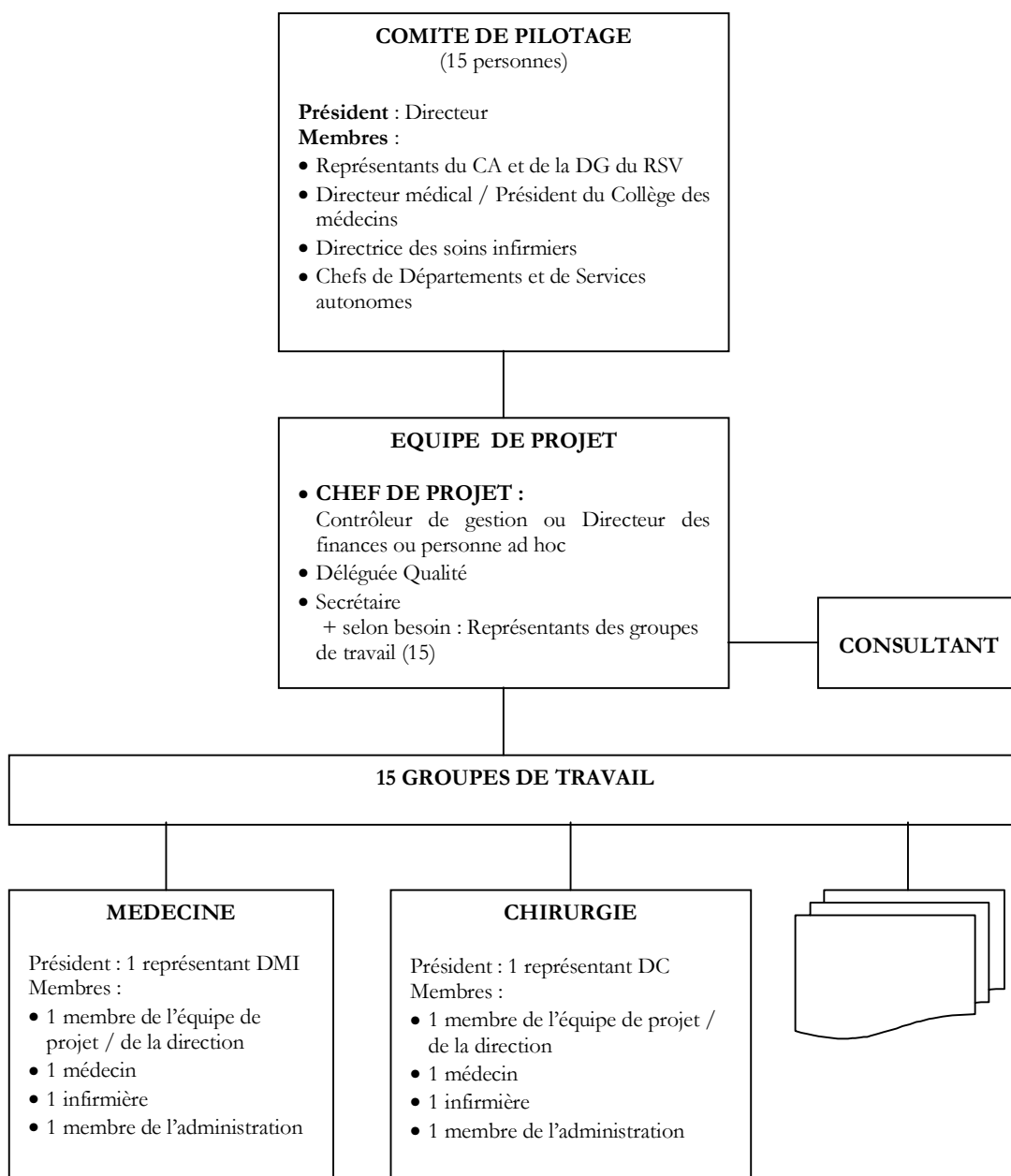
Sion, le 26.03.2003

Le Président du Conseil d'administration : François Mudry

La Présidente du Comité de direction : Patricia Clavier

Le Directeur : Dominique Sierro

Organigramme du projet TBP de l'Hôpital de Sion (esquisse)



Concept d'organisation du projet TBP (esquisse)

PHASE STRATEGIE

1. But de la phase « stratégie »

But : Arrêter la stratégie de l'Hôpital de Sion

2. Organisation:

- a. Il est constitué un comité de pilotage, d'une équipe de projet, formée de ... personnes et de quinze groupes de travail, à savoir : Médecine, Chirurgie, ... (cf. organigramme).
- b. Chaque groupe de travail est dirigé par un Président, cas échéant par un Vice-Président, nommé par le Comité de pilotage. Pour le surplus, il se constitue lui-même.
- c. L'équipe de projet collecte les PV de chaque groupe de travail et toute la documentation. Il en examine la cohérence.
- d. L'information est assumée par l'équipe de projet. (cf. concept de communication).
- e. Le recours au consultant est organisé par le chef de projet.
- f.

3. Méthodologie de travail en groupe :

- a. Pour chaque thème stratégique, le groupe de travail nomme un rapporteur.
Ce dernier a pour tâches :
 - de préparer un canevas général du thème stratégique étudié,
 - d'imaginer, d'ores et déjà, la déclinaison du thème stratégique retenu en objectifs stratégiques,
 - pour ce faire, de rechercher l'information auprès du professionnel le plus compétent, cas échéant auprès de l'équipe de projet,
 - de présenter le projet de thème stratégique, en séance de groupe, avec l'appui éventuel du professionnel précité.
- b. Le groupe de travail examine et amende, si nécessaire, le canevas du thème stratégique préparé par le rapporteur. Il consulte le représentant de l'équipe de projet, éventuellement de la direction, qui assiste à la séance. Le groupe valide provisoirement le thème stratégique (validation sur la forme et sur le fond).
- c. Chaque membre du groupe doit réexaminer le thème stratégique pour la séance suivante.
- d. Lors de la séance suivante du groupe, ce dernier adopte le thème stratégique qui peut ainsi être soumis pour validation à l'équipe de projet et énonce, d'ores et déjà, quelques pistes en vue de l'élaboration des objectifs stratégiques.
- e. ...

4. Méthodologie de travail de l'équipe de projet et du comité de pilotage :

- a. Une fois préparés par les groupes de travail, les thèmes stratégiques sont soumis régulièrement au comité de pilotage.
- b. Pour ce faire, l'équipe de projet se réunit préalablement pour analyser les propositions des groupes de travail, identifier les problèmes, notamment, de cohérence par rapport à l'ensemble, examiner les propositions de déclinaison des thèmes stratégiques en objectifs stratégiques.
- c. L'équipe de projet fait une synthèse en respectant les concepts du TBP (4 axes, ...).
- d. Après avoir, si nécessaire, renvoyé le dossier pour complément d'étude ou pour avis du consultant, l'équipe de projet finalise les propositions des groupes de travail et les soumet au comité de pilotage,

- e. ... qui les adopte définitivement (validation du contenu) après avoir consulté, cas échéant, les groupes de travail, d'autres instances ou le consultant.
- f. L'équipe de projet élabore le rapport final « Stratégie » et le soumet pour validation (formelle) définitive au Bureau du Comité de pilotage.

5. **Timing / Calendrier / Séances**

Timing : Début de la phase :

Fin de la phase :

L'équipe de projet établit et tient à jour un diagramme de GANTT.

Calendrier : Les groupes de travail doivent se réunir, une fois chaque semaine, tous les jeudis. Les séances durent 1h30 environ. Le calendrier des séances est le suivant : ...

Séances : Les membres des groupes s'organisent afin de participer à toutes les séances de travail. Dans des cas exceptionnels, ils peuvent se faire remplacer, après en avoir averti le Chef de projet.

6. **Contrôle - Evaluation :**

A l'attention du Comité de pilotage qui en fera l'évaluation, le chef de projet établira un rapport régulier sur l'avancement des travaux.

Sion, le