

Professeur Patrick Georges, CH de Charleroi, inventeur du *management cockpit*

« Je suis Professeur de Management HEC et à l'Université de Bruxelles, notamment pour les organismes publics mais je n'ai jamais cessé d'opéré : je suis neurochirurgien (tumeurs, oncologie, pédiatrie) et chef de service au CHU de Charleroi. »

« Les tableaux de bord, en fait il y a beaucoup d'échecs ! Prenons un exemple concret. Je pars de l'exemple que je vis : mon service. Ça vous va ? Je commence par mon contrôle qualité. J'ai un grand tableau dans mon bureau. D'après vous comment ça marche ? Qu'est-ce qu'il y a sur le tableau : (*jeu de questions réponses*).

- Infection : bien, en progrès ! (c'est l'un de mes indicateurs)
- Hématomes : aïe ! (c'est aussi l'un de mes indicateurs)

« Pour chaque indicateur, choisissez un médecin pilote. Trouvez un pilote sympa. Mais encore (*les réponses peinent...*)

- Notoriété : peut mieux faire !

La notoriété, c'est ça qui nous intéresse. C'est le principal, c'est en N°1 !

Alors j'ai une carte ; une grande carte géographique au mur. C'est un bon indicateur (Essayez d'être mauvais et vous verrez, les gens s'échappent !), c'est sensible. Il saute aux yeux quand on rentre dans le bureau. Mettez des gommettes de couleur pour montrer d'où viennent les patients. Par exemple les patients qui viennent chez moi en provenance d'autres territoires de santé. »

« Autres indicateurs (*jeu de questions réponses*) ?

- % de patients « aisés » (*surprise manifeste*)

Pourquoi ? Je cherche des patients riches pour aider à payer les frais de structure, ce qui me permet de soigner les patients pauvres. Donc j'ai un minimum de 20% de patients riches, sinon je ne peux pas payer la structure pour faire des soins de qualité pour tous ! Les suppléments d'honoraires sont moitié pour la recherche et moitié pour les pauvres. (*Remarque de la salle : vous êtes comme Robin des Bois ! Réponse : pourquoi pas ?*) Tant pis si ça fait réagir les médecins. Il faut choquer, être trouble fête ! Allez-y ! Vous avez un devoir moral ! Si vous ne le faites pas, qui le fera ? »

« Autres indicateurs ?

- Le nombre d'interventions par chirurgien. Sans quantité minimum, pas de qualité.
- Le délai d'attente.
- La part de marché : on connaît la prévalence des maladies, on connaît la démographie : donc je sais ce que je dois prendre au marché pour que le service tourne, qu'il ait le volume, la qualité, la réputation. C'est important la prévision. Les médecins de ville sont mes *clients indirects* : c'est du *customer relationship management*. Il me faut du volume pour être bon.
- Publications scientifiques : je fais des communications dans la presse : journal local 1 point, le lancet 20 points. On suit ça de très près.
- Le taux d'occupation des ressources : l'idéal à 85 %, le mini est à x, à y le maxi. Sinon, on coûte cher !

Remarque de la salle : mais les infections, on les cache ! Réponse : « C'est vrai. Il faut trouver des astuces. C'est important. Mesurez-les par la consommation de pharmacie : combien de médicaments anti infectieux, d'antibiotiques donnés dans les trente jours. Il y a trop de triche. Le qualicien a une responsabilité morale importante ! Mettez le bon indicateur. »

« On va aussi voir comment font les autres hôpitaux : cherchez les meilleurs. Pas trop, juste deux ou trois, ça suffit. Par ex : la Pitié-Salpêtrière et Zurich en neurochirurgie. Trois bons hôpitaux, ça suffit. »

« PSI : patient satisfaction indicator. Vraiment choisir les données clés : précisément. Par exemple pendant trois mois vous mesurez juste une chose. Et vous agissez. Puis sur trois autres mois, autre chose et de nouvelles actions. Les petites enquêtes : 20 ou 30 patients, ça suffit pour savoir et pour agir. Ça marche ! Le problème ce n'est pas les indicateurs, mais la résistance aux changements. Mieux vaut des petites campagnes ciblées, efficaces pour progresser. Il faut « vendre » le changement, oui : « vendre » !!

« Important : quels sont les facteurs clés du succès ? Que mesurer pour faire de bons progrès ??? Il y a tous les points de vue : ceux du chef, ceux de chacun, ... Nous sommes aussi payés à la performance collective. Depuis 10 ans. Chacun signe. C'est une révolution. »

« Autre objectif important : est-ce qu'on évolue dans le bon sens ? Est-ce qu'on est sur des évolutions utiles ?? Tout le monde se pose ces questions. Notre indicateur d'innovation :

- Quels revenus tirons-nous de patients (donc de pathologies) qu'on n'avait pas il y a 5 ans : c'est un bon indicateur d'innovation. Or on sait qu'on abandonne certaines pathologies et qu'on doit en accueillir d'autres. Idem pour les technologies !

D'où tirez-vous vos revenus ? Le contribuable, le patient, des partenaires de l'hôpital (fournisseurs et prestations associées, médicales ou de confort).

- Mesurez-le.

Point clé : la surveillance des processus critiques. Connaître le taux de complexité : beaucoup d'intervenants, beaucoup d'incertitudes, beaucoup de risques...ça devient vite très complexe. Pour savoir ce qui est critique, il faut faire une analyse (un reengineering) du processus, s'assurer que les points clés soient OK. Mettre un seul marqueur sur le point clé et on le met en rouge clignotant. Et on agit. Idem le coût du processus. Par exemple, connaître précisément le coût de l'opération, c'est important ! »

« Conclusion : vous avez une responsabilité. Que voulez-vous que soit écrit sur votre tombe ? ... Avoir passé la certification ? Avoir baissé le nombre de morts de 50 à 1 ? »

Brieux Verwilghen, consultant, *Management Cockpit*

Clients : Accor, le Crédit Agricole, Lego, Siemens, Centre Hospitalier du Mans.

« On ne vend pas de logiciels (on travaille avec Excel, Business Object, Cognos). Il ya plus de 200 management cockpit dans le monde. »

« Point de départ : trop d'info tue l'info. La plupart des infos ne sont pas utiles. On ne décline pas bien la stratégie. On ne s'adapte pas assez vite. »

« Le principe, c'est comme un cockpit d'avion : toutes les informations utiles sont visuellement présentes sous nos yeux (*voir exemple*). Il faut une structure très claire. Les 4 parties de la *balanced scorecard*. Objectifs stratégiques, facteurs externes, facteurs internes, grands projets. Physiquement, c'est une salle avec 4 murs colorés, un bleu, un rouge, un vert, un noir. C'est une salle de décision. Un mur = une famille d'indicateurs de performance. (*voir exemple*) »

« Si on clique sur un cadran alors l'indicateur s'affiche en détail. » (*voir exemple*)

« Quatre niveaux de visualisation : (*voir exemple*)

- La présentation en disque 4 quarts.
- La lampe vert / rouge
- Le graphique de tendance
- Les tableaux de chiffres »

« Un projet cockpit : un outil, une méthode, un projet.

- Un outil : le tableau de bord et la salle, l'utilisation, l'ergonomie, l'automatisation.
- Contenu : équilibré, prospectif, court terme et long terme.
- Méthode : utilisation en cascade dans l'établissement ; la réunion mensuelle pilote aux indicateurs. Elle rassemble ceux qui en sont responsables. Un responsable par indicateur.
- Le projet = la stratégie »

« Cas pratique : exemple des cliniques de l'Europe, à Bruxelles, sur trois sites. » (*voir exemple*)

On imprime le *flash report* qui résume en un A4 les indicateurs clés. 2 jours avant la réunion mensuelle.

Conseils lors des questions réponses.

- « Commencer par quelque chose de très petit. Les six indicateurs premiers. »
- « Aller à 12 ou 15 indicateurs visuels. Chacun une fiche. » (*voir exemple*)

Après-midi : travaux en sous-groupes sur 4 axes de progrès pratiques puis mise en commun tous ensemble

Chaque sous-groupe envoie un binôme rapporteur.

1 - Faire progresser ses indicateurs & tableaux de bord ; rendre leur usage utile et pertinent

En commentaire oral complémentaire :

Constats, état des lieux

Les situations sont très hétérogènes entre les établissements autour de la table !

Préconisations

Une implication du management : appui de la direction. Notamment le directeur qualité.

On a déjà des indicateurs imposés. Il y en aura de plus en plus. Mais il faut aller plus loin que ceux qui sont imposés. Au moins faire en sorte qu'ils soient bien compris. Impact réel avec les services : les données qui leur sont utiles à eux.

On doit être force de proposition en termes d'indicateurs. Utiliser les CPOM, les obligations.

Identifier des équipes de terrain pilotes. Des personnes référentes. Mettre en place l'indicateur qui les intéresse.

Préciser les finalités, les objectifs au-delà des indicateurs.

Ne pas viser trop ambitieux, viser « SMART » (spécifique, mesurable, ambitieux & réaliste, temporalisé)

Dès qu'ils y a plusieurs indicateurs : les prioriser.

Apport de la cellule qualité : formaliser, mettre en forme, apport méthodologique. Et logistique.

Faire connaître les résultats. Or c'est peut-être *ce qu'il y a de plus important pour pérenniser*.

Réutiliser les indicateurs qui existent déjà.

Au paperboard :

- 1- Institutionnaliser le management par la performance avec la généralisation des indicateurs qualité
- 2- Dans chaque pôle / service : mettre en place des indicateurs en lien avec le projet de service.
Aller au delà de l'échantillonnage imposé par les IPAQH.
- 3- Les services doivent pouvoir s'approprier les indicateurs Q ; un consensus dans le choix des indicateurs doit être recherché.
- 4- Indicateur → fixer un seuil atteignable, réalisable. Prioriser les indicateurs dans le temps.
- 5- Cellule qualité doit venir en support sur la logistique.
- 6 - Faire connaître les actions d'amélioration mises en place après l'analyse de l'écart entre l'indicateur et après l'analyse de l'écart entre l'indicateur et l'objectif à atteindre. Retour d'info ciblé par service sur certains indicateurs
- 7 - Coordonner et mobiliser les ressources autour des IPAQH.
- 8 - Lier une partie de l'intéressement (1/3 par ex.) du personnel aux résultats obtenus par les indicateurs qualité.

2 - Rôle, astuces et pièges pour les qualitiens ; fiabilisation des données, allègement pour une production en routine des données

En commentaire oral complémentaire :

Constats, état des lieux

Le RAQ doit faire jouer tous ses liens fonctionnels avec les instances ; avec les usagers : proposer, faire valider les indicateurs.

Préconisations

Il faut aussi faire appliquer ce qui est légal, réglementaire. Il y a un travail pour fiabiliser l'indicateur.

Astuces : voir les indicateurs compaqh. C'est pratique mais c'est prédigéré et il n'y a pas l'effort d'implication et de réflexion. Comment : faire du relationnel. Accompagner les équipes en formation « indicateurs », travailler avec eux à accoucher de l'indicateur.

Veiller à avoir un minimum de consensus, impliquer d'autres : pas toujours les mêmes.

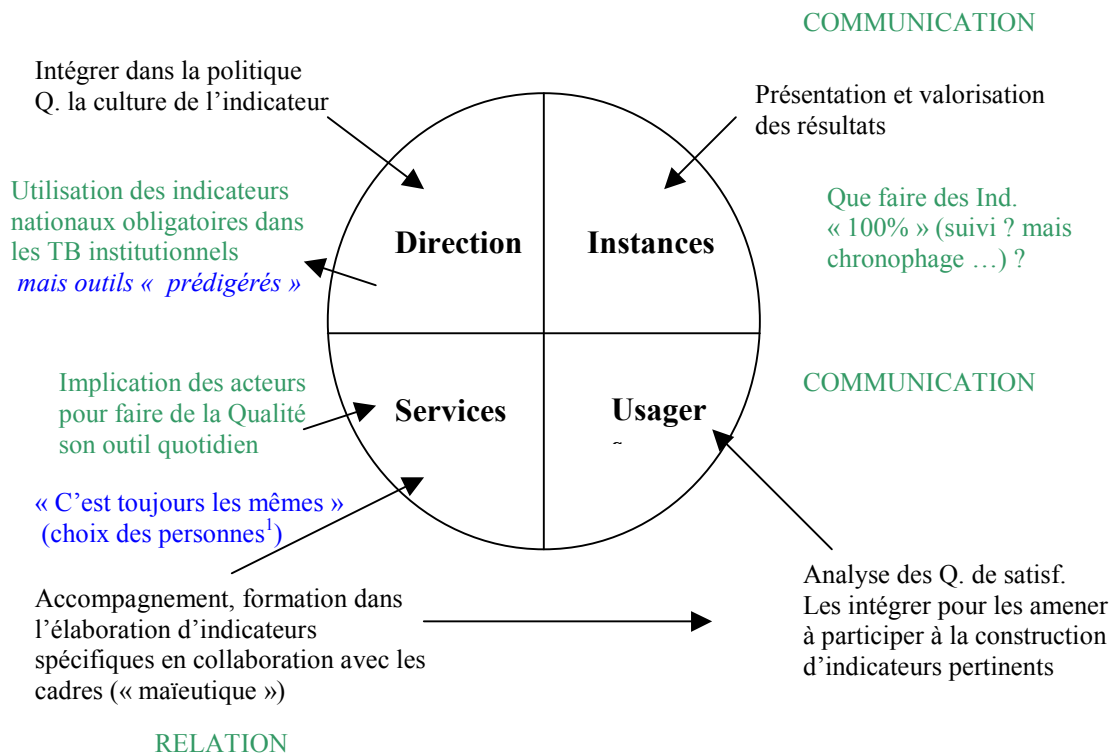
Importance de la valorisation des résultats : affichage, communication, pédagogie.

Que faire des indicateurs bons à 100% ? Ramener la périodicité au trimestre, ça fait quatre au lieu de douze fois le travail sur un an avec le même résultat.

Demander aux patients : quels indicateurs souhaitent-ils ?

Ne pas confondre l'indicateur de mesure et l'objectif cible.

Au paperboard :



¹Risque = efficacité « personne dépendante »

3 - Appropriation de la logique spécifique de tableau de bord en hôpital ; coopération avec l'encadrement ; élaboration d'un consensus actif

En commentaire oral complémentaire :

Constats, état des lieux

Indicateurs imposés, donc peu motivants

La qualité passe après le financier ou l'activité

Préconisations

Mixer les indicateurs descendants et ascendants (remontant des services)

Travailler en coopération avec les services, pas en logique de contrôle

S'appuyer sur l'encadrement intermédiaire

Aller vers les services pour étudier avec eux quels indicateurs mettre en place... L'intégrer au travail, ne pas le faire à côté pour des dossiers de certification ou de direction.

Avoir des services pilotes puis étendre.

Au paperboard :

Constats, état des lieux :

POINT +	DIFFICULTES
Implication de la direction dans la démarche qualité Projet Etablissement Communication <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <pre> graph LR A[Communication] --> B[Interne] A --> C[Patients] </pre> </div>	Indicateurs financiers et de productivité Aspect financier Pression T2A Contexte malaise personnel hospitalier Caractère obligatoire des indicateurs compaqh Relation avec les médecins Déclinaison de stratégie et relation avec l'encadrement intermédiaire Résistance au changement Système d'information Fréquence de recueil des données

Préconisations :

- Sensibiliser les équipes soignantes/médicales à la qualité (appropriation)
- Reconnaissance vers les établissements de santé (valorisation/sanction)
- Couplage qualité-gestion des risques-clientèle (regrouper les infos/indicateurs)
- Conséquences financières
- Choix d'indicateurs pertinents
- Recueillir les besoins des équipes sur le terrain
- Service pilote

4 - Information, communication, compréhension et appropriation des décisions, connaissance partagée

En commentaire oral complémentaire :

Préconisations

Intranet

Réunions institutionnelles

Journées thématiques : journée qualité, journée gestion des risques (et pourquoi pas une journée qualité dans un service)

Journée EPP en CME, comme à Béclère : c'est entraînant, encourageant, stimulant

Référents qualité/médecins par pôle.

Former les médecins et cadres sur les pôles

Faire que les indicateurs deviennent des outils dans les mains des managers (cadres, chefs de service, etc.)

Au paperboard :

Constats, états de lieux :

Moyens :

- Service de communication
- Journaux internes
- Portail intranet et organisations pour le faire vivre
- Réunion institutionnelles
- Journée thématiques
- Affichage hôpital/services
- Maillage Direction → Services

Mise en place de BQ de poles et \neq qualité de pole...

Les écueils

- Valeur chiffrée : quel sens ? (Sans connaissance objectif)
- Déconnexion entre exigences des tutelles et le terrain
- Appropriation insuffisante par médecin et encadrement
- Mode de rendu des résultats pas toujours compréhensible ou trop général
- Quel intéressement aux résultats ?

Recommandations

- Pour tout indicateur utilisé → 1 fiche Indicateur
- Un nombre restreint et pertinent
- Déclinaison des indicateurs par catégorie public / par cible
- Utilisation des outils disponibles par cible
- Trouver la bonne présentation pour que l'évolution de l'indicateur soit la plus lisible possible et le reste dans le temps
- Des écarts importants par rapport aux objectifs cibles doivent donner lieu à une analyse et des actions partagées et concertées avec le terrain

FAIRE DES INDICATEURS DES OUTILS DE MOTIVATION

« Tout le monde va dans le même sens »