

ARUC

INNOVATIONS
TRAVAIL
EMPLOI

TABLEAU DE BORD DE GESTION
Indicateurs de performance
en gestion hospitalière

GUILLAUME DUMAS

CAHIER DE TRANSFERT
CT-2007-007



UNIVERSITÉ
LAVAL

Alliance de recherche
universités-communautés
Innovations, travail et emploi

**TABLEAU DE BORD DE GESTION :
Indicateurs de performance en gestion hospitalière**

GUILLAUME DUMAS

**Sous la direction de ROCH LAFLAMME (ARUC)
et JEAN-MARIE MALLET (HGJ-SMBD)**

Cahier de transfert
CT-2007-007

Août 2007

Cette étude a été réalisée sous forme d'« Intervention professionnelle en milieu de travail (IPMT) » dans l'axe 2 de l'ARUC sur « les Innovations dans l'organisation et les relations du travail ». Elle a été réalisée à l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis (HGJ-SMBD) et subventionnée par l'ARUC.

Cahiers de l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC)
Collection Cahier de transfert – CT-2007-006
«Tableau de bord de gestion : Indicateurs de performance en gestion hospitalière »
Guillaume Dumas

ISBN 978-2-923619-11-8

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

Présentation de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*

La mondialisation, le progrès soutenu et constant des nouvelles technologies et le développement de l'économie du savoir représentent autant de facteurs qui obligent les organisations, quelles qu'elles soient, à innover dans leurs pratiques de travail et de gestion. La réussite de ces innovations exige toutefois de pouvoir compter sur une main-d'œuvre en santé, qualifiée et flexible, bénéficiant d'une sécurité d'emploi et de revenu. Telle est la préoccupation centrale de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*.

Cette alliance de recherche, mise en œuvre par le Département des relations industrielles de l'Université Laval, réunit, pour une période de cinq ans (2005-2010), les principaux chercheurs et acteurs du monde du travail et de l'emploi au Québec. Elle s'appuie d'une part sur une équipe de recherche multidisciplinaire composée de plus de trente chercheurs provenant majoritairement du Département des relations industrielles de l'Université Laval, de même que de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université du Québec en Outaouais et de l'IRSST. Elle fait d'autre part appel à un vaste réseau de partenaires appartenant autant aux milieux patronaux, syndicaux et gouvernementaux qu'au monde communautaire.

Une approche novatrice en recherche misant sur le partenariat

Une alliance de recherche, telle que l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*, constitue une façon novatrice d'aborder l'activité de recherche en associant, à titre de partenaires, une multitude d'organisations (privées, publiques, associatives et communautaires) à la définition des orientations, à la réalisation des activités de recherche ainsi qu'aux activités de diffusion des résultats. En effet, la réalisation des recherches dans le cadre d'une ARUC repose sur la collaboration continue et l'apprentissage mutuel entre des chercheurs et des partenaires de la communauté dans une approche de résolution de problèmes dans les organisations et d'enrichissement des connaissances sur le travail et l'emploi.

Ainsi, en plus des modes traditionnels de diffusion des connaissances, l'ARUC assure la publication de ses travaux dans ses propres collections et recourt à un site Internet dynamique, de même qu'à une cellule de veille stratégique, en vue d'assurer le partage de connaissances et d'expertises entre ses divers membres.

Un vaste programme de recherche

L'ARUC-*Innovations, travail et emploi* propose un vaste programme de recherche, élaboré conjointement avec les partenaires, favorisant la production de connaissances sur les innovations en milieux de travail et leurs conditions associées, soit la formation, la gestion des savoirs et les protections sociales, elles-mêmes objet d'innovations. Les innovations sociales dont il est question, sont de nouvelles approches, pratiques, procédures, règles ou dispositifs introduits en vue d'améliorer les performances, de résoudre un problème important pour les acteurs sociaux et/ou de régler un problème de déficit de coordination.

Les travaux de l'ARUC s'articulent autour de quatre grands axes de recherche, répondant aux enjeux actuels du monde du travail et de l'emploi.

Axe 1 : Innovations et conditions de réalisation du travail

Les travaux de l'axe 1 s'intéressent aux situations de travail en accordant une place importante aux processus qui leur donnent naissance ou qui les transforment. L'intensification du travail, corollaire des évolutions contemporaines du travail, apparaît en filigrane des travaux de cet axe. Les recherches de l'axe 1 portent notamment sur les liens entre différents problèmes de santé au travail et les déterminants bio-psychosociaux dont plusieurs relèvent de l'organisation du travail. Les chercheurs étudient également, en étroite collaboration avec les praticiens de la prévention, les interventions permettant d'améliorer les conditions de réalisation du travail. La mise en place de conditions de réalisation du travail qui permettent d'atteindre à la fois des objectifs de santé et d'efficacité amène les chercheurs à s'intéresser aux maîtres d'œuvre qui définissent les situations de travail (ingénieurs, architectes et gestionnaires de services). La plupart des études se déroulent sur le terrain et mettent directement à contribution les acteurs des milieux de travail. Enfin, certaines recherches s'intéressent aux politiques publiques en matière de santé au travail en réalisant des études comparatives.

Axe 2 : Innovations dans l'organisation et les relations du travail

Les recherches de l'axe 2 portent sur les innovations relatives à l'organisation et aux relations de travail ainsi que sur les nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines. Elles se préoccupent également de l'impact de ces innovations sur les performances économiques et sociales. Elles sont regroupées en chantiers sectoriels : (1) le secteur public, (2) le secteur parapublic et (3) le secteur privé. Elles se déroulent enfin dans un chantier transversal traitant de (4) l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre, un problème éminemment important dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre.

Axe 3 : Gestion des savoirs et de la formation

Le champ d'études définit dans l'axe 3, soit la gestion des savoirs et de la formation, correspond à l'ensemble des mécanismes de régulation des savoirs et de la formation mis en place par les acteurs sociaux (individus, entreprises, État) et ayant trait aussi bien à la production et à l'acquisition des savoirs qu'à leur utilisation et à leur reconnaissance. Les chercheurs de ce troisième axe de recherche se donnent donc comme objectif d'analyser les innovations dans la gestion des savoirs et de la formation, en cherchant à mettre en lumière celles permettant de mieux résoudre les problèmes de qualification et de formation vécus actuellement par les salariés et les entreprises québécoises. Pour ce faire, les travaux s'articulent autour de deux chantiers distincts, à savoir : (1) la diversification des mains-d'œuvre et la gestion des savoirs ; et (2) les nouveaux acteurs et dispositifs de formation.

Axe 4 : Protections sociales

Dans le contexte actuel de la globalisation, un effritement général des protections sociales peut être constaté. Les chercheurs de l'axe 4 s'intéressent donc à cette réalité à laquelle sont contraintes les sociétés québécoise et canadienne, en s'attardant spécifiquement aux innovations sociales qui sont nécessaires afin de reconstruire un triangle « innovations dans la production – formation – protections sociales » davantage harmonieux. Les chantiers de recherche développés dans l'axe s'orientent donc autour de (1) la protection sociale et les travailleurs atypiques ; (2) les marchés transitionnels, la rémunération et les droits sociaux ; (3) l'équité salariale ; et enfin (4) le système de retraite, les politiques publiques et la relation d'emploi.

Paul-André Lapointe

Michel Bérubé

Co-directeurs de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
1. MILIEU D'INTERVENTION : HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS	3
1.1. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION	3
1.2. MISSION DE L'ORGANISATION	3
1.3. PRÉSENTATION DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE SA STRUCTURE	4
1.4. MANDAT	4
2. ÉLÉMENTS DE CONCEPTS DU TABLEAU DE BORD	7
2.1. DÉFINITION DES CONCEPT-CLÉS ET SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE	7
2.1.1. Performance	7
2.1.2. Indicateurs	7
2.1.3. Tableau de bord	9
2.2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	12
3. RÉALISATION DU TABLEAU DE BORD	15
3.1. ÉTAPE 1 : ORGANISATION DU PROJET	15
3.1.1. Identification du secteur ciblé	15
3.1.2. Systèmes d'information existants	15
3.1.3. Localisation d'organisations comparables et benchmarking	17
3.2. ÉTAPE 2 : IDENTIFICATION DES PRÉOCCUPATIONS, DES OBJETS DE GESTION ET DES INDICATEURS	17
3.2.1. Identification des préoccupations de gestion	18
3.2.2. Précision d'objectifs et de cibles chiffrés	18
3.2.3. Identification des indicateurs correspondants	18
3.3. ÉTAPE 3 : DESIGN DES INDICATEURS ET DU TABLEAU DE BORD	21
3.3.1. Précision des fiches-indicateurs	21
3.3.2. Pages ventilées	23
3.4. ÉTAPE 4 : INFORMATISATION DU TABLEAU DE BORD	25
3.4.1. Structure logique de navigation	25
3.4.2. Mode d'emploi du TBG	26
3.5. ÉTAPE 5 : MISE EN ŒUVRE DU TABLEAU DE BORD	30
4. RECOMMANDATIONS	33
4.1. ACCIDENTS DE TRAVAIL	35
4.2. ASSURANCE-SALAIRE	35
4.3. TEMPS SUPPLÉMENTAIRE	36
4.4. ENCADREMENT	36
4.5. ROULEMENT DES CADRES	36
5. SYNTHÈSE DES FORCES ET LIMITES DU TBG	39
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	51

RÉSUMÉ

Performance organisationnelle, rationalisation des ressources, équilibre budgétaire, service de qualité, voilà des préoccupations des dirigeants du réseau de la santé en ce début de millénaire. Mais comment réussir dans un tel contexte social et économique?

Depuis plusieurs années, les dirigeants des établissements de santé, en particulier ceux des centres hospitaliers, font face à des situations de plus en plus alarmantes principalement dues à des compressions budgétaires très importantes. La recherche de la performance est ainsi devenue un impératif majeur dans la gestion des établissements de santé. Pour répondre aux attentes et besoins de tous les clients, les dirigeants doivent donc développer de nouveaux outils de gestion et d'aide à la décision pour bien piloter leur organisation.

À cet égard, l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis a bien entrepris le virage et la direction des ressources humaines (DRH) a confié à Guillaume Dumas le mandat d'élaborer un prototype de tableau de bord de gestion (TBG) afin d'évaluer la performance de l'établissement.

Ce TBG doit comprendre différents indicateurs de performance, lesquels correspondent aux préoccupations de gestion de la DRH. Après avoir identifié ces préoccupations, l'auteur de la présente étude, de concert avec le directeur des ressources humaines, a retenu les indicateurs disponibles et pertinents afin de disposer d'une information adéquate, fidèle et adaptée. Ceci permettra d'avoir une vue plus globale et plus précise de la performance de la direction des ressources humaines. Il sera dès lors possible de comparer les résultats obtenus à ces indicateurs au fil des années, et également positionner l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis par rapport aux résultats obtenus par les autres établissements de santé.

Cette étude se termine par l'utilisation d'un tableau de suivi décisionnel où des recommandations sont proposées. Puis, l'intervention réalisée en ce milieu de travail est analysée afin de faire ressortir les forces et les limites reliées à l'utilisation d'un tableau de bord de gestion.

INTRODUCTION

Avec le contexte actuel qui donne priorité aux nouvelles technologies pour faire face à l'accroissement de la concurrence et aux impératifs de la mondialisation, des innovations à l'administration publique s'imposent pour que celle-ci s'intègre bien à la nouvelle économie. Les gestionnaires publics sont contraints à une gestion fort rigoureuse. Il leur faut, entre autres, effectuer la gestion et le suivi de programmes, utiliser et fournir de l'information sur les résultats, les activités, les ressources et la clientèle. Une des façons innovatrices d'améliorer ce système de gestion et d'information consiste à le doter d'indicateurs de performance. C'est dans cette optique que l'Hôpital général juif a demandé M. Dumas de l'aider à améliorer sa performance organisationnelle en élaborant un tableau de bord de gestion.

Le présent rapport fait état de la démarche d'intervention professionnelle en milieu de travail réalisée à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, du début janvier à la fin avril 2006. Il cible la problématique de la mesure de la performance en milieu hospitalier. En première section, il décrit l'organisation d'accueil afin de bien positionner le contexte dans lequel s'est déroulée l'intervention professionnelle. Le mandat est aussi présenté dans cette section. Ensuite, la seconde partie présente les éléments de concepts du TBG ainsi que la démarche méthodologique. Puis, le cœur de ce rapport est consacré à l'explication des différentes étapes de conception du tableau de bord informatique. Les cinq étapes menant à la réalisation du mandat sont explicitement exposées au lecteur. Une analyse des forces et limites du TBG vient compléter les diverses recommandations concernant chacun des indicateurs de performance sélectionnés.

1. MILIEU D'INTERVENTION : HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS

1. 1. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION

Situé à Montréal, dans la province de Québec, l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis est un hôpital d'enseignement de soins actifs affilié à l'Université McGill. Il dessert une clientèle provenant de tous les coins de la province et même de l'extérieur du Québec. Fidèle à l'engagement qu'il a pris d'appliquer les normes les plus élevées en matière de soins, d'enseignement et de recherche, l'hôpital s'est bâti, au fil des années, une réputation d'excellence dans un grand nombre de domaines cliniques au fil des années. Il n'a cessé d'innover et de se développer depuis les 75 dernières années.

Historique de l'organisation :

1929 :	Début de la construction de l'hôpital
1931 :	Inauguration de l'hôpital par le gouverneur général
1933 :	L'hôpital devient officiellement l'Hôpital général juif
1934 :	Le premier patient est admis à l'Hôpital général juif
1969:	Ouverture du Lady Davis Institute for medical research Création de la fondation de l'Hôpital général juif Affiliation entre l'Hôpital général juif et l'Université McGill
1973 :	L'Hôpital général juif devient le premier hôpital canadien à avoir un ombudsman représentant les intérêts des patients
1978 :	Le nom de l'hôpital devient Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
2000 :	Désignation de centre d'excellence (oncologie, cardiologie, médecine d'urgence, médecine familiale et obstétrique-gynécologie)

Institution bilingue desservant une population multiculturelle, l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis accueille aujourd'hui près de 23 000 patients par année et est considéré comme un des hôpitaux les plus fréquentés au Québec. Avec ses 637 lits, plus de 750 bénévoles, près de 4400 employés, dont 1200 personnes travaillant aux soins infirmiers, l'hôpital assume aujourd'hui plus de 8,6% de l'utilisation totale des services hospitaliers de la population de la région de Montréal-Centre.

En février 2000, l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis s'est doté d'une nouvelle planification stratégique. Cet exercice lui a permis de redéfinir la mission et les valeurs de l'organisation, et d'énoncer certaines recommandations pour les cinq prochaines années (2001-2006).

1. 2. MISSION DE L'ORGANISATION

Issue de cette planification stratégique, la mission de l'Hôpital général juif se lit comme suit :

« Promouvoir une prestation compatissante et attentionnée des soins d'une façon unique et individuelle tout en développant un environnement propice à la formation des étudiants, résidents, personnel infirmier, chercheurs et autres professionnels de la santé ».

Pour l'établissement de santé, c'est en améliorant la connaissance, la prévention et le traitement de la maladie que le personnel soignant pourra fournir des soins de la plus haute qualité. L'hôpital désire également encourager et soutenir les initiatives professionnelles et les programmes éducatifs qui l'aideront à respecter son engagement envers la communauté.

1.3. PRÉSENTATION DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE SA STRUCTURE

Le mandat du département des ressources humaines est de contribuer au maintien d'un environnement organisationnel positif dans lequel les employés de l'hôpital peuvent continuellement développer et maximiser leurs habiletés et leurs capacités tout en donnant des soins de qualité.

La mission de la DRH se définit comme suit :

« Nous reconnaissons que le talent de notre personnel contribue à la performance de l'hôpital. Nous continuerons à construire un environnement de travail où chaque personne est valorisée par des initiatives et des programmes incitant la croissance personnelle et professionnelle »

Ayant à sa tête un directeur des ressources humaines formé en sciences sociales à l'Université de Montréal et cumulant plus de vingt ans d'expérience, la direction des ressources humaines de l'Hôpital général juif est aujourd'hui composée d'une vingtaine d'employés. Fait intéressant à noter : au moment de l'arrivée du directeur en 1974, la DRH ne comptait que quelques employés. Selon monsieur Mallet, directeur des ressources humaines, une augmentation de l'effectif a été plus que nécessaire au fil des années car : «not only is the hospital much larger now, it's more complicated than ever, with new laws and regulations in many areas, including labour standards, parental rights and employment insurances ».

L'effectif composant la Direction des ressources humaines est constitué d'une majorité de techniciens en administration et de commis. Il est intéressant de noter que, contrairement à plusieurs autres établissements hospitaliers, outre les infirmières et infirmiers travaillant pour le service de santé et l'hygiéniste du travail relevant du département de la santé et sécurité du travail, il n'existe aucun autre poste professionnel au sein de cette DRH. Par ailleurs, l'ensemble de cette main-d'œuvre est supervisé par quelques cadres intermédiaires et ultimement par un cadre supérieur, monsieur Mallet.

1.4. MANDAT

L'objectif général du mandat était de concevoir un tableau de bord sommaire informatisé pour la direction des ressources humaines de l'hôpital. Un tel projet permettrait d'évaluer la performance de l'HGJ-SMBD en relation avec différents indicateurs utilisés en gestion des ressources humaines. En d'autres termes, le mandat du stagiaire était de créer un outil de gestion visuel démontrant la contribution de la direction des ressources humaines au rendement global et à la performance de l'hôpital.

Dans le but d'atteindre cet objectif général, celui-ci est décomposé en quelques sous-objectifs. En premier lieu, régler les formalités administratives, se familiariser au milieu

et au personnel, et effectuer des recherches documentaires. En second lieu, rencontrer M. Mallet pour déterminer ses différentes préoccupations de gestion, et ainsi concevoir la première partie du TBG : le tableau de préoccupations indicateurs (TPI). En troisième lieu, M. Dumas devait sélectionner, à partir de ces préoccupations, les indicateurs les plus pertinents et fabriquer des fiches-indicateurs. Une fois les fiches-indicateurs complétées, son quatrième objectif : informatiser en entier le tableau de bord et débiter la construction d'un tableau de suivi décisionnel informatisé (TSD) : Étape importante qui demanderait près de quatre semaines. L'objectif suivant : identifier, de concert avec les différents responsables impliqués, les causes et facteurs expliquant les résultats obtenus, de même que les actions correctrices à prendre pour améliorer la situation si nécessaire. Enfin, dernier objectif : vérifier auprès des utilisateurs la convivialité de l'outil et présenter le tableau de bord et ses différentes fonctionnalités à la Direction des ressources humaines.

2. ÉLÉMENTS DE CONCEPTS DU TABLEAU DE BORD

Plusieurs étapes techniques ont été franchies afin de mener à terme le présent mandat. D'ailleurs, avant d'entreprendre la description détaillée de chacune de ces étapes dans le chapitre suivant, les différents éléments de concepts reliés au tableau de bord de gestion, de même qu'une synthèse de la littérature consultée portant sur les divers modèles théoriques de TBG sont présentés. Dans un second temps, est dévoilée la démarche méthodologique sélectionnée pour concevoir le TBG personnalisé à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis.

2.1. DÉFINITION DES CONCEPT-CLÉS ET SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

Afin que le lecteur puisse mieux saisir l'importance liée à l'utilisation d'outils de gestion et d'aide à la décision tels que les indicateurs de performance et les tableaux de bord de gestion, différents termes et notions associés à la performance, aux indicateurs et aux tableaux de bord doivent être expliqués.

2.1.1. Performance

Selon Bourguignon (1996 : 20) et Louart (1996 : 3), le mot « performance » appartient à la famille des termes polysémiques. En effet, cette expression signifie que le terme peut permettre une large gamme d'interprétations en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Que l'on fasse référence à la performance économique, sociale, organisationnelle, sportive ou même sexuelle, le mot performance prend un sens tout à fait différent selon les situations dans lesquelles il est employé. Il collectionne les sens selon les occasions (Louart, 1996: 3). Plus présente que jamais au cœur du discours et de la définition de la problématique en gestion des ressources humaines, la question de la détermination de la performance va au-delà d'une simple question de vocabulaire et d'une analyse rationnelle des stratégies organisationnelles : elle participe à la dimension sociale et symbolique du management (Bourguignon, 1996 : 29). En accord avec ces auteurs, Voyer (2002 : 84) définit la performance comme étant un concept englobant et intégrateur fort difficile à définir de façon précise. Selon lui, on peut considérer la performance comme une valeur ajoutée à un état initial, comme l'atteinte d'un résultat minimum requis ou acceptable ou comme la réduction du non-désirable. Elle peut être la réponse au besoin, ni plus ni moins en matière de quantité, de qualité, de coût et de temps. L'auteur poursuit en mentionnant que la performance peut également représenter la juxtaposition de l'efficacité, de l'efficacités et du bien-fondé d'une organisation. À ce sujet, l'Association des hôpitaux du Québec définit le concept de la performance comme le degré d'atteinte des objectifs préalablement établis ou, de façon plus opérationnelle, de faire les bonnes choses, de la bonne façon, au moindre coût, au bon moment, compte tenu des différentes contraintes. Pour ce faire, des indicateurs doivent d'abord être déterminés.

2.1.2 Indicateurs

Depuis plusieurs années, de nombreux organismes provinciaux, nationaux et internationaux, dont l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), produisent régulièrement des indicateurs permettant d'évaluer et de comparer divers aspects de la performance des systèmes de santé (Institut national de santé publique, 2005). Alors que dans certains secteurs de l'économie, la recherche du profit constitue à la fois l'objectif poursuivi et le principal indicateur de performance, dans les secteurs à but non lucratif, comme celui du secteur public de la santé, la recherche de

profit n'est aucunement un indicateur de performance (Labrie, 2005). Toutefois, il ne fait nul doute que des gains d'efficience sont souhaitables afin d'augmenter la performance de tout type d'organisation. Pour y parvenir, des objectifs, des critères et des indicateurs de performance doivent être définis. Mais tout d'abord, voyons ce qu'est un indicateur.

Selon Voyer (2002 : 61), un indicateur est « un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et conceptualisée selon une préoccupation de mesure. Il résulte de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation ». Adapté au secteur de la santé, il s'agit d'un indice exprimé sous forme d'événement ou de ratio qui est utilisé pour la vérification, le suivi et l'évaluation de la qualité du soutien clinique et des fonctions organisationnelles en vue d'un apport continu d'améliorations (CCASS : 2003 : 2). L'expression sous forme de ratio assume aussi la présence indispensable d'un numérateur et d'un dénominateur. En l'absence de dénominateur, les chiffres ne permettent pas d'établir de comparaisons et deviennent donc insuffisants pour guider l'équipe dans ses activités d'amélioration et de contrôle de la qualité.

Un indicateur est donc un outil pour mesurer des éléments d'informations qui sont fondamentaux pour le suivi des projets. C'est une représentation de la qualité, de la quantité, du coût ou de l'élément temps. On peut donc affirmer que c'est un objet informationnel déterminé à partir d'objets ou de préoccupations de gestion qui alimentera le gestionnaire en information. Doit-on en conclure qu'indicateur et information sont deux termes synonymes ? Du tout ! C'est lorsqu'une information est scientifiquement structurée et qu'elle répond à certaines conditions comme la validité et la fiabilité qu'elle devient un descripteur et peut être finalement utilisée comme un indicateur. Contrairement au descripteur qui correspond à une mesure directe d'un phénomène (ex : le taux de mortalité mesure le niveau de mortalité d'un groupe donné), l'indicateur est une mesure dont les valeurs sont utilisées comme points de repère dans l'appréciation de l'état ou même de l'évolution d'un phénomène difficilement quantifiable. C'est donc une mesure plus ou moins directe (MSSS, 1999).

Par ailleurs, nombreuses sont les caractéristiques d'un bon indicateur. En effet, De Guerny et al. (1986), prétendent qu'un indicateur doit posséder les mêmes qualités qu'un objet de mesure. Il se doit donc d'être fidèle et objectif dans le temps et dans l'espace, ne pas pouvoir être biaisé ou manipulé au gré des utilisateurs et doit varier au rythme du phénomène mesuré. Pour Soulou (1982 : 46), en plus des caractéristiques énumérées précédemment, il est primordial que chaque indicateur comporte trois niveaux d'information : des informations relatives au « présent » afin d'évaluer la situation actuelle par rapport aux prévisions ; des informations relatives au « passé » pour être en mesure de vérifier si la situation présente est conforme à la situation passée ; des informations relatives au « futur » pour prévoir la situation projetée. Les meilleurs indicateurs de performance doivent être calculés à l'aide de données faciles à recueillir. Il est impératif qu'ils soient précis. Par précision, on entend une précision dans sa conception, dans sa formulation et dans son interprétation (Voyer, 2002 : 69). Les bons indicateurs sont également associés à un seul responsable et doivent permettre une relation de causes à effets plausible. Ils doivent correspondre à une préoccupation, à un objectif ou à une attente (Voyer, 2002 : 69). Il est aussi impératif que chaque indicateur sélectionné permette l'identification d'une cible à atteindre. À ce sujet, il

existe plusieurs façons d'établir des comparaisons entre les résultats obtenus de l'indicateur et d'autres cibles à atteindre. En effet, on peut comparer les résultats obtenus à un indicateur avec les données de l'industrie (ratio, « benchmarking »), avec celles provenant des autres unités administratives, avec les données historiques et avec les données prévisionnelles. Précis, concret, relié aux objectifs, compatible avec le système d'information et illustré dans un tableau de bord, sont autant de qualités retrouvées dans les meilleurs indicateurs. Mais au fait, qu'en est-il du tableau de bord ?

2.1.3 Tableau de bord

La gestion par objectifs a fait ses preuves dans maintes situations. Et, celle-ci est encore plus efficace lorsque les gestionnaires disposent d'outils performants pour leur rappeler les objectifs à atteindre. En effet, un outil d'aide à la gestion et à la décision tel qu'un tableau de bord, est sans aucun doute un bon moyen pour faire un suivi et aider à analyser les données relatives aux activités de l'organisation.

À ce sujet, les auteurs définissent différemment ce qu'est un tableau de bord de gestion. D'abord, Pierre Voyer (2002 : 39), dans un ouvrage¹ portant exclusivement sur ce sujet, définit le tableau de bord de gestion comme « une façon de sélectionner, d'agencer et de présenter les indicateurs essentiels et pertinents, de façon sommaire et ciblée, en général sous forme de « coup d'œil » accompagné de reportage ventilé ou synoptique, fournissant à la fois une vision globale et la possibilité de forer dans les niveaux de détail ». Pour ce qui est des autres auteurs s'avancant sur la question, mentionnons Burlaud et al. (2003 : 679) qui conçoivent le TBG comme un outil de pilotage, c'est-à-dire de conduite du changement, ou tout au moins de contrôle des équilibres. Pour cet auteur, le tableau de bord de gestion peut nécessiter la prise en compte des prévisions budgétaires, la comparaison avec les réalisations, puis le calcul et les analyses d'écart. Ces écarts induiront ensuite des actions de correction. Enfin, Soulou (1992 : 40) résume bien la pensée de plusieurs auteurs à l'effet qu'un tableau de bord est « un outil d'agrégation synoptique des informations pertinentes du système permettant de savoir si le fonctionnement de celui-ci doit être considéré comme normal ; c'est-à-dire un instrument de contrôle mettant en évidence les écarts significatifs d'un mauvais fonctionnement du système : c'est donc un outil d'aide à la décision ». En somme, il s'agit d'un ensemble organisé d'indicateurs significatifs ainsi que d'indices facilitant la gestion et les comparaisons inter-organisations où les indicateurs sont présentés de manière à faciliter une prise de décision éclairée.

À la lumière de ces quelques définitions, et pour les fins de ce travail, la définition retenue conçoit le tableau de bord de gestion comme un cadre de gestion qui permet de sélectionner, d'agencer et de présenter les principaux indicateurs sélectionnés dans le but de donner une vision synoptique aux gestionnaires, et ainsi les aider dans leur prise de décision. Consistant en un ensemble de données chiffrées, nécessaires et suffisantes, mises sous forme graphique ou synthétique, les informations issues du TBG permettent aux responsables d'orienter leurs actions en ayant en mémoire les objectifs fixés qui sont retranscrits sous forme d'indicateurs dans le TBG. Voyons maintenant les objectifs recherchés par l'utilisation de cet outil.

¹ VOYER, Pierre, 2002. « Tableaux de bord de gestion et indicateur de performance ». Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2^e édition, 446 p.

2.1.3.1. Tableaux de bord - Utilité et fonctions

Selon Voyer (2002 : 46-49), le tableau de bord permet de suivre le fonctionnement de l'organisation de façon dynamique en fournissant rapidement l'information essentielle, bien organisée et illustrée. Le suivi rendu possible par l'utilisation d'un tableau de bord, constitue un écho intéressant qui donne au gestionnaire l'impression d'être plus présent dans la réalité de son unité administrative et lui permet de savoir ce qui s'y passe. Après tout, l'objectif initial d'un tableau de bord n'est-il pas d'instrumenter les gestionnaires pour qu'ils puissent mener à bien leurs réflexions quant à la mesure de la performance de leur gestion et celle de leur organisation ? Outre le suivi contrôlé des activités, le tableau de bord permet une meilleure gestion budgétaire, tout en étant un outil de décision. Pour ce faire, il doit être adaptable et composé d'indicateurs reflétant les activités pour en arriver à un suivi rigoureux.

Toujours selon l'auteur Voyer (2002 : 46-49), un tableau de bord est utile car plusieurs de ses fonctions sont primordiales à la bonne gestion d'une organisation. En effet, par ses fonctions de constant monitoring, d'écart et d'alerte, le tableau de bord fait ressortir les tendances et les écarts significatifs entre les résultats de l'organisation et ceux avec lesquels ils sont comparés. Il est donc possible d'avertir le gestionnaire à la manière d'un système d'alarme, de tout résultat ou écart indésirable. Il peut aussi agir comme élément déclencheur d'enquête et de guide d'analyse : s'il y a un constat d'écarts importants entre les objectifs fixés et ceux obtenus, une investigation doit avoir lieu. Des rapports détaillés et des analyses poussées doivent permettre de trouver des solutions ou des explications aux résultats obtenus. Plus encore, le tableau de bord est un outil de communication et de motivation. En effet, après avoir présenté les résultats, il ne fait nul doute qu'une réunion devra avoir lieu. Il faudra revoir ses façons de procéder afin d'atteindre les objectifs préalablement fixés. Enfin, il contribue à la formulation des objectifs et des attentes. Il y a alors questionnement sur la facilité ou la difficulté à atteindre les objectifs. Ces différentes questions trouveront réponses après le dévoilement des résultats. C'est d'ailleurs à ce moment que doit s'effectuer la formulation des objectifs pour le prochain mois, le trimestre ou la prochaine année. Le tableau de bord est manifestement un outil de gestion stratégique indispensable pour les organisations. Par les indicateurs de performance, la stratégie devient opérationnelle.

Toujours dans le secteur de la santé, des tableaux de bord de CSSS² ont été élaborés dans le but de répondre à certains objectifs. En effet, pour favoriser la prise de décision et améliorer le suivi de gestion, ces outils y sont maintenant accessibles. En déterminant certains points de référence sur des enjeux communs au réseau, les indicateurs utilisés dans ces TGB sont d'une grande utilité, car ils permettent désormais un suivi de façon périodique des résultats des indicateurs du MSSS contenus dans les ententes de gestion des CSSS.

2.1.3.2. Tableaux de bord - Différents modèles

Pour les fins du présent mandat à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, M. Dumas a dû consulter plusieurs documents traitant des tableaux de bord et y déceler différents modèles avec leurs principales caractéristiques. C'est à partir de celles-ci qu'il a pu choisir une démarche appropriée pour la conception de son propre tableau de bord.

² Tiré d'une présentation de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Apparu en France dans les années 1930, le tableau de bord n'est utilisé en Amérique que depuis les années 1980 (Malo et al., 2004 : 15). Ce n'est que vers la fin des années 1990, avec les travaux de Fernandez en France et de Kaplan et Norton aux États-Unis, que le recours au tableau de bord a commencé à véritablement se populariser.

Fernandez (2003 : 252) est l'un des auteurs français ayant contribué à revitaliser le concept de tableau de bord de gestion en France. Le modèle français privilégie une approche « bottom up » en tenant compte des besoins essentiels des utilisateurs en situation de décision. En effet, après avoir analysé l'environnement interne et externe de l'entreprise, des objectifs doivent être déterminés. C'est à partir de ces objectifs que la structure du tableau de bord prendra forme. Une fois les indicateurs sélectionnés et les informations pertinentes recueillies, la conception du tableau de bord pourra débuter, de même que sa mise en œuvre. Enfin, l'amélioration périodique du système de tableau de bord permettra de personnaliser l'outil. Dans le modèle français, l'accent est mis sur la concordance entre les objectifs de gestion et les indicateurs. Chaque indicateur doit correspondre à un objectif de gestion qui lui, doit être orienté en fonction de la mission de l'organisation ou du département.

Le modèle américain, le Balanced Scorecard et ses modèles dérivés, a quant à lui été proposé il y a plus de 10 ans par Kaplan et Norton (1992) à partir de l'idée assez simple que les mesures de la performance sont trop réductrices. En effet, ces auteurs prétendent que trop souvent on ne mesure « que » la performance financière de l'organisation, du programme ou de l'activité. Labrie (2005) mentionne d'ailleurs que Kaplan et Norton (1992) complètent l'information traditionnelle qui se focalise généralement sur le court ou le moyen terme à l'aide de types d'information correspondant à trois (3) perspectives non financières : la satisfaction des clients, l'évaluation des processus internes et les avancées en matière d'innovation et d'effets d'apprentissage. En incluant ces aspects, Kaplan et Norton (1992) proposent, selon Labrie (2005), un instrument comptable qui tient compte des résultats issus du passé, de même que les éléments qui conditionneront les résultats futurs. Dans ce modèle, la stratégie doit être traduite en termes opérationnels. Ensuite, l'organisation doit être en adéquation avec la stratégie afin que celle-ci puisse être transformée en processus continu. Enfin, le Balanced Scorecard doit permettre de mobiliser le changement. Ce, à l'aide du leadership de la direction.

Selon le modèle américain, les gestionnaires ont besoin d'utiliser, outre un Balanced Scorecard, deux cadres de référence pour identifier les indicateurs qui sont réellement importants. Le premier, le Workforce Scorecard, aide les gestionnaires à comprendre les catégories d'indicateurs qui font réellement une différence dans l'exécution de la stratégie. Le second, le HR Scorecard, les aide à mieux comprendre le processus au travers duquel ces mesures sont développées et implantées dans l'entreprise. Huselid et al. (2005), s'inspirant des travaux de Kaplan et Norton (1992), ont mis au point de tels outils d'aide à la gestion stratégique des ressources humaines. Ces outils, le Workforce Scorecard et le HR Scorecard s'inscrivent dans la continuité du Balanced Scorecard qui traduit la stratégie de l'organisation. Plus spécifiquement, le Workforce Scorecard offre un cadre de référence qui identifie et mesure les résultats, comportements, compétences et valeurs nécessaires pour le succès de la force de travail. D'ailleurs, le terme Workforce est utilisé pour mettre davantage l'accent sur la performance stratégique des employés que sur les contributions de la fonction RH au succès de l'organisation. Le

Workforce Scorecard traduit la stratégie de la main-d'œuvre devant appuyer la stratégie organisationnelle est composé de quatre (4) dimensions (Huselid et al., 2005):

- 1) Workforce success:
Est-ce que la force de travail a accompli les objectifs clés stratégiques pour l'entreprise?
- 2) Workforce behaviors :
Est-ce que les employés ont manifesté des comportements qui permettent l'accomplissement des objectifs clés stratégiques ?
- 3) Workforce competencies :
Est-ce que la force de travail, particulièrement les employés clés, a les habiletés nécessaires pour exécuter la stratégie ?
- 4) Workforce mind-set et culture :
Est-ce que les employés comprennent bien la stratégie ? Est-ce qu'ils se l'approprient et s'identifient à celle-ci ?

Le HR Scorecard, quant à lui, comporte aussi 4 dimensions qui contiennent chacune des indicateurs de performance :

- 1) Workforce mind-set and culture
- 2) HR systems
- 3) HR practices
- 4) HR workforce competencies

Ce cadre de référence introduit une nouvelle façon de mesurer la contribution des individus au succès de l'organisation. Il traduit la stratégie de la fonction ressources humaines adoptée par la DRH en cohérence entre la stratégie de la main-d'œuvre et la stratégie organisationnelle. Dans ce modèle, le rôle des ressources humaines gagne en importance et joue un rôle davantage compétitif pour la création de valeur ajoutée dans l'organisation. De plus, le HR Scorecard donne un cadre de référence pour le développement d'un système de mesure qui identifie des indicateurs valides et pertinents de la contribution des ressources humaines au succès de l'implantation de la stratégie.

2.2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Après avoir identifié les grands modèles théoriques de tableau de bord de gestion, l'auteur de la présente étude s'est interrogé sur la démarche méthodologique pratique à utiliser pour concevoir un tableau de bord de gestion spécifique à la direction des ressources humaines de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Suite à cette réflexion, il a pu en identifier une qui correspondait parfaitement aux besoins de l'établissement de santé : la démarche de Pierre Voyer³.

Grandement inspirée par le modèle américain, la démarche de Voyer possède d'indéniables avantages. Elle permet de présenter dans un seul document une série d'indicateurs permettant une vue complète de la performance de l'organisation. Celle-ci est concrète et s'applique facilement à la structure d'un hôpital. Relativement simple,

³ Pour les fins de compréhension du lecteur, les expressions « Démarche de Voyer », « Modèle Voyer » et « Tableau de bord Voyer » sont substituables et font référence à la technique utilisée par Pierre Voyer pour réaliser un tableau de bord de gestion.

bien définie et flexible, la représentation des indicateurs proposée par Voyer est plus pratique que les rapports mensuels produit par les hôpitaux, lesquels demandent un temps énorme et une certaine habileté à rédiger. Donc simplicité dans la convivialité! Que demander de plus ? Un autre avantage, le plus important, est que les indicateurs de performance présentés dans la démarche Voyer doivent être choisis sur la base de leur lien avec la vision et la stratégie de l'organisation ou de l'unité. Ainsi, cette technique ne permet plus simplement de partir d'un ensemble de mesures de performance déjà disponibles à l'intérieur de l'organisation. Son processus de sélection doit être le résultat d'efforts déductifs partant des objectifs que l'entreprise essaie d'atteindre. N'est-ce pas là l'approche priorisée par les modèles français et américains ? Enfin, l'ensemble de la démarche Voyer est inspirée du modèle américain en intégrant les dimensions financières et non financières dans le même tableau de bord. D'ailleurs, cette démarche, dérivée en bonne partie du Balanced Scorecard a déjà fait ses preuves dans plusieurs établissements de santé.

Un exemple pertinent dans le secteur de la santé et démontrant l'utilité d'un tel outil de gestion est celui de l'hôpital Enfant-Jésus à Québec (AQESSS, 2006). Inspiré par le modèle ontarien qui, depuis 1998, en a généralisé l'application à l'ensemble de son système hospitalier, l'hôpital Enfant-Jésus a obtenu, des résultats significatifs et des perspectives prometteuses dans son département de réadaptation et de traumatologie. En situant la performance du département dans un tableau de bord, le programme de réadaptation précoce apporte une réponse globale et organisationnelle qui vient utilement compléter les mesures traditionnelles de performance. Ainsi, un travail réalisé par l'équipe multidisciplinaire du programme de traumatologie a permis d'élaborer le tableau de bord du programme et ses indicateurs. Leur tableau est représenté par des objectifs et des mesures qui traduisent les résultats obtenus et permettent de cibler le résultat futur d'un objectif.

Pour toutes ces raisons, M. Dumas s'est inspiré de la démarche Voyer, utilisée et enseignée aux gestionnaires d'organisations publiques et parapubliques. Son mandat s'est inspiré de cette méthode divisée en cinq étapes.

Tableau 1 : Les 5 étapes de Voyer (2002)

1. Organisation du projet tableau de bord
2. Identification des préoccupations, des objets de gestion et des indicateurs
3. Design des indicateurs et du tableau de bord
4. Informatisation du tableau de bord
5. Mise en œuvre du tableau de bord

Les cinq (5) étapes de Voyer (2002 : 151)

3. RÉALISATION DU TABLEAU DE BORD

3.1. ÉTAPE 1 : ORGANISATION DU PROJET

Cette première étape permet de positionner le projet dans l'organisation, de déterminer son envergure et sa pertinence, et de faire ressortir les éléments positifs et négatifs provenant du contexte organisationnel. Pour ce faire, les secteurs ciblés pour circonscrire l'étendue du projet sont identifiés. Puis, après analyse des conditions de succès déjà présentes et en faveur du développement d'un tableau de bord au sein de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, un diagnostic des systèmes de mesure, de suivi et d'évaluation a été effectué. C'est d'ailleurs à partir de ces outils que les bases de données ont pu être créées. Enfin, le choix d'organisations équivalentes pour effectuer les comparaisons interhospitalières a été soigneusement pensé.

3.1.1. Identification du secteur ciblé

Comme l'intervention professionnelle en milieu de travail s'effectue dans le cadre de la maîtrise en relations industrielles, il n'est pas surprenant que ce soit la direction des ressources humaines qui a été choisie pour la création d'un tableau de bord de gestion. Les départements principalement visés par le mandat seront ceux de la santé et sécurité du travail, du service de la santé, de même que celui de la rémunération et avantages sociaux. Ces secteurs ont été ciblés parce qu'ils sont au cœur des préoccupations de monsieur Mallet. Par ailleurs, les indicateurs qui y sont rattachés sont particulièrement bien documentés tant par l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux que par la direction des ressources humaines de l'hôpital. De plus, après avoir contacté plusieurs des directions des ressources humaines des établissements de santé comparables à celui de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, les cadres supérieurs ont manifesté une certaine ouverture à partager certaines de ces informations.

3.1.2. Systèmes d'information existants

Les données retrouvées dans les systèmes d'information sont à la base de tout tableau de bord. Il est donc important, voire impératif, de planifier plusieurs semaines pour effectuer la collecte et la compilation de données pour un tel projet. Dans le présent cas, cet exercice s'est avéré plus complexe que prévu. En effet, dès les premiers jours, M. Dumas s'est mis à la recherche de l'information pertinente; pour se rendre rapidement compte que la DRH ne détenait qu'une portion limitée de cette information. Il a donc parcouru l'ensemble de l'hôpital pour colleter des données fort dispersées. Il en a profité pour rencontrer les membres de la direction générale, de la direction des finances, du service des archives médicales, de même que la direction de l'information. Il a pu trouver différents rapports et documents contenant une foule de données statistiques, mathématiques et financières indispensables à son projet.

3.1.2.1. SIAP. SOFI et Tableaux comparatifs de AQESSS

Depuis 1997, des rapports d'analyse de la performance sont constitués pour répondre à des besoins plus ciblés des différentes catégories de gestionnaires et de professionnels. Ces documents sont produits par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et sont commandés par les établissements de santé participants. À cet effet, le Système d'information et d'analyse de la performance

(SIAP) et le Système de données opérationnelles et financières informatisé (SOFI) sont deux rapports commandés annuellement par l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Ils permettent aux gestionnaires d'avoir une description de la production de leur établissement, de prendre connaissance des résultats sommaires d'analyse concernant la clientèle, les coûts de production et le rendement. De plus, ces outils d'évaluation permettent d'identifier des appréciations qualitatives et circonstanciées qui leur sont propres. Dans la présente étude, les sections pertinentes des rapports SIAP et SOFI des cinq dernières années ont été consultées afin d'avoir un portrait complet de la situation. Pour une meilleure compréhension, M. Dumas a rencontré l'auteur de ces rapports, monsieur Denis Sauvage, conseiller cadre en économie de la santé à l'AQESSS. Ce qui lui a permis d'en savoir davantage sur la méthodologie utilisée lors de l'analyse de la performance de l'hôpital. Ce dernier l'a renseigné sur les calculs de mathématiques financières, et sur les règles statistiques à mettre en application dans le cadre de telles évaluations. Il lui a également offert son soutien tout au long de son projet et l'a conseillé de consulter les tableaux comparatifs produits par l'AQESSS.

En fait, à chaque année, l'AQESSS publie des rapports synthèses issues du rapport SOFI contenant des données relatives à l'assurance-salaire et aux congés de maladie. Constitués de tableaux comparant les données de différents établissements de santé québécois, ces rapports permettent de situer la position l'Hôpital général juif – Sir Mortimer parmi les autres hôpitaux.

3.1.2.2. AS-471, R-22 et SIRH

Autres documents consultés et contenant une grande quantité d'informations : les rapports financiers annuels (AS-471 et R-22) de l'HGJ-SMBD et des autres hôpitaux. Calculatrice financière et manuel d'Excel avancé en main, Guillaume Dumas a dû investir plus de 50 heures pour rendre les ratios financiers comparables entre les hôpitaux sélectionnés. Il a pu avoir accès aux rapports financiers des autres hôpitaux par l'entremise d'un système d'information des ressources humaines (SIRH) mis au point par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Après en avoir fait la demande, il a été autorisé également à consulter l'ensemble des applications de ce SIRH pendant la période de son mandat. Ce système contient la majorité des rapports financiers annuels de tous les établissements de santé du Québec. Il a ainsi pu y trouver une quantité incroyable de données. Une mine d'or !

3.1.2.3. Systèmes d'informations internes

Les systèmes d'information déjà en place au sein de l'établissement permettaient la production de plusieurs indicateurs. Plusieurs données intéressantes dans le système d'informations internes PRASAT ont été trouvées, lequel est utilisé en santé et sécurité au travail, de même que dans le système FOCUS, utilisé pour avoir des informations sur l'ensemble de l'effectif de l'hôpital. Outre les données pertinentes recueillies grâce à ces systèmes informatisés, un certain nombre de statistiques du département de la santé et sécurité au travail a été collecté. En effet, à chaque trimestre, une technicienne en administration de ce département collecte manuellement des données relatives aux accidents de travail et les insère dans un chiffrier Excel. Certaines de ces données sont compilées pour des fins statistiques, alors que d'autres sont calculées et transférées dans un département ne relevant pas de la DRH : celui de la gestion du risque. Ces

différentes données statistiques ont été rassemblées et insérées dans le tableau de bord de gestion.

3.1.3. Localisation d'organisations comparables et benchmarking

Plusieurs établissements de santé ont été identifiés afin de les comparer à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Bien entendu, les données collectées ont été calculées pour que les établissements de santé soient comparés selon un ratio valable. Ainsi, par l'analyse des différents rapports et systèmes d'informations consultés, il a été possible de comparer les résultats des différents établissements de santé à une série d'indicateur de performance. Par contre, étant donné le caractère confidentiel de certaines informations, et comme aucune donnée relative à certains indicateurs n'était disponible, un appel est fait à tous par un questionnaire sommaire adressé aux directeurs d'hôpitaux plus ou moins comparables à l'HGJ-SMBD. La liste des personnes contactées se retrouve à l'annexe 1. Un sondage interhospitalier pour récolter les résultats de certains indicateurs a été donc envoyé par courriel, au moyen de Lotus Notes. Son questionnaire a été validé par madame Sylvie Bédard, de l'Association de la santé et de la sécurité au travail et des affaires sociales (ASSTASS), spécialiste en collecte et analyse de données relatives aux accidents de travail. Le lecteur peut trouver ce court questionnaire à l'annexe 2. Bien entendu, tous les indicateurs choisis n'ont pu être comparés à l'ensemble de ces établissements à cause de la disponibilité et de la confidentialité des données.

Les établissements ayant été comparés sont principalement :

- Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
- Centre universitaire de santé de McGill (CUSM Sites adultes)
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)
- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA Universitaire de Québec)
- Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Charles Lemoyne
- Hôpital Cité de la Santé Laval (CSL)
- Institut de cardiologie de Montréal (ICM)

3.2. ÉTAPE 2 : IDENTIFICATION DES PRÉOCCUPATIONS, DES OBJETS DE GESTION ET DES INDICATEURS

Après avoir passé quelques semaines à la cueillette des informations pertinentes à l'organisation du tableau de bord, il est maintenant l'heure de s'attarder à la seconde étape : identifier soigneusement les préoccupations de gestion de la direction des ressources humaines de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Cette seconde étape est la plus importante de l'ensemble du projet, car c'est à ce moment que l'ensemble du tableau de bord se dessinera. L'auteur de la présente étude a donc

identifié les objets de gestion et les secteurs cibles, les a décrit et surtout, il a isolé ce qui devait être mesuré et contrôlé.

3.2.1. Identification des préoccupations de gestion

De concert avec le directeur des ressources humaines et les responsables des différents départements concernés, M. Dumas a identifié les principales préoccupations de gestion de la Direction des ressources humaines. En lien avec la mission de l'hôpital et celle de la DRH, le principal objet de gestion identifié était d'être capable de démontrer, à l'aide d'indicateurs, que l'hôpital était performant. De cette préoccupation de gestion, générale à l'ensemble de la DRH, découlaient des préoccupations beaucoup plus précises. Comme celles du département de la santé et sécurité du travail où il a été convenu que le nombre d'accidents de travail, que le nombre d'heures en assurance-salaire, ainsi que les coûts reliés à l'assurance-salaire, devaient diminuer au cours des prochaines années. Toujours dans le but de diminuer les frais d'exploitation, le département de la rémunération et des avantages sociaux devra diminuer le temps supplémentaire et les coûts associés à celui-ci. Enfin, en ce qui a trait à l'encadrement, les principales préoccupations de gestion étaient d'en diminuer le pourcentage de supervision et le taux de roulement. L'ensemble de ces préoccupations avait un seul objectif : démontrer la contribution de la DRH dans la performance globale de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis.

3.2.2. Précision d'objectifs et de cibles chiffrés

Après avoir déterminé les différentes préoccupations de gestion, un tri a été effectué dans les rapports et systèmes d'informations pertinents au projet. Comme l'ensemble de ces documents occupait la totalité de son espace de travail, M. Dumas n'a conservé que les données qui lui seraient utiles en fonction des préoccupations de gestion identifiées. Il a alors procédé de 3 façons différentes pour chiffrer les objectifs et les cibles. Il a débuté par l'analyse des données des cinq dernières années, ce qui lui a permis de remarquer à quel moment l'hôpital avait enregistré les meilleurs résultats. Il a donc collecté et conservé ces résultats. Pour leur validation, il a comparé les données de l'hôpital à celles des autres hôpitaux et ainsi déterminé la cible que devrait atteindre l'établissement pour être classé au premier rang en fonction de ces objectifs de gestion. Finalement, M. Dumas a rencontré à nouveau M. Mallet, de même que les responsables des différents départements concernés pour vérifier la faisabilité et la validité des cibles déterminées. Après quelques ajustements, les indicateurs correspondants aux objectifs de gestion sélectionnés étaient cernés.

3.2.3. Identification des indicateurs correspondants

Lors de la conception d'un tableau de bord, l'identification d'un indicateur permet de déterminer l'objet à mesurer et de préciser la collecte des indices représentatifs à effectuer. Et ce même indicateur permet, lors de l'utilisation du tableau, de décider de la façon de représenter les valeurs significatives, une fois la mesure effectuée. Toutefois, une judicieuse sélection des indicateurs doit s'opérer avant la construction et l'implantation du tableau. Ainsi, pour identifier et sélectionner les indicateurs les plus pertinents, le stagiaire a dû d'abord trier les indicateurs disponibles au sein de l'organisation. C'est en fonction des normes du CCASS et des préoccupations de gestion de l'organisation qu'il a sélectionné ses indicateurs. Il a priorisé ceux utilisés à

l'échelle provinciale, ce qui lui permettait de réaliser des comparaisons et des études d'étalonnage avec d'autres institutions de santé. Puis, il a conservé les indicateurs qui offraient la possibilité d'interpréter facilement l'information et qui permettaient de savoir comment orienter les activités d'amélioration de la performance. Enfin, un dernier tri des indicateurs a été fait selon leur facilité de transfert en ratio pour la comparaison des établissements qui n'ont pas les mêmes effectifs. Le tableau des préoccupations –indicateurs suivant présente au lecteur l'ensemble des préoccupations de gestion, les cibles chiffrées correspondantes et les indicateurs pertinents sélectionnés.

Tableau des préoccupations-indicateurs

Tableau préoccupations-indicateurs

Mission de la direction des ressources humaines:

Nous reconnaissons que le talent de notre personnel contribue à la **performance de l'hôpital**. Nous continuerons à construire un environnement de travail où chaque personne est valorisée par des initiatives et des programmes incitant la croissance personnelle et professionnelle.

TPI GÉNÉRAL - Stratégique

Objectif	Préoccupation supplémentaire	Cible chiffrée	Indicateurs
Améliorer la performance de l'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis	Démontrer comment l'hôpital est performant à l'aide d'indicateurs pertinents à la direction des ressources humaines	Être au 1 ^{er} rang des hôpitaux comparables les plus performants	Rendement de l'hôpital p/r aux établissements comparables

TPI DÉTAILLÉ - Opérationnel

Activités	Préoccupations de gestion	Cibles chiffrées	Indicateurs
Santé et sécurité du travail	P1 Diminuer le nombre d'accidents de travail	Réduire le nombre à 550	I1 Nombre d'accidents de travail
	P2 Diminuer le nombre d'heures en assurance-salaire	Réduire le taux à 3,15%	I2 Heures en assurance-salaire
	P3 Diminuer les coûts en assurance-salaire	Réduire le taux à 2,60%	I3 Coûts en assurance-salaire
Rémunération et avantages sociaux	P4 Diminuer le taux en temps supplémentaire	Réduire le taux à 2,30%	I4 Taux de temps supplémentaires
	P5 Diminuer les coûts en temps supplémentaire	Réduire le coût à un taux de 3,70%	I5 Coûts en temps supplémentaire
Encadrement	P6 Diminuer le pourcentage de supervision	Réduire le taux à 3,00%	I6 Taux d'encadrement
	P7 Diminuer le taux de roulement des cadres	Réduire le taux à 3,20%	I7 Taux de roulement des cadres

3.3. ÉTAPE 3 : DESIGN DES INDICATEURS ET DU TABLEAU DE BORD

L'étape 3 vise à concevoir le design des indicateurs et du tableau de bord de gestion, en d'autres mots : son anatomie.

3.3.1. Précision des fiches-indicateurs

C'est souvent sous la forme d'une « fiche-indicateur » que l'on retrouve l'ensemble des paramètres d'un indicateur où la totalité des caractéristiques de ce dernier y est détaillée. Il s'agit d'un outil surtout utilisé par le concepteur du tableau de bord, mais qui peut également être utile à l'utilisateur qui voudrait connaître les différentes modalités d'un indicateur. Différentes zones composent le canevas de cette fiche, et pour les fins de compréhension du lecteur, celle du *roulement des cadres* a été utilisée comme exemple.

Une première section définit l'indicateur et présente ses principales caractéristiques. Pour calculer l'indicateur et la ventilation effectuée pour calculer l'indicateur, la méthodologie utilisée y est insérée. La provenance des données y est mentionnée afin que l'utilisateur puisse en retracer l'origine.

Zone 1

LA DÉFINITION ET LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

Nom et no de l'indicateur: Taux de roulement des cadres No. I7	No. de référence à la préoccupation/objectif : P7
Définition: Cet indicateur détermine le taux de roulement du personnel d'encadrement au sein de l'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis	Utilisateur (s): Directeur des ressources humaines
Calcul: L'unité de mesure est le ratio suivant: Nombre de départs de cadres / Nombre de postes de cadres	Fréquence de production: Annuelle
Ventilation et éléments: / année	Provenance des données: Direction des ressources humaines

C'est dans la seconde zone de la fiche-indicateur que l'on retrouve les bases de comparaison et les cibles chiffrées. Cette partie de la fiche comprend donc les variations et les tendances désirées lors du calcul de l'indicateur. On peut y retrouver le nom des établissements de santé ayant fait l'objet d'étalonnage pour la cueillette des données.

Zone 2

BASES DE COMPARAISON, BALISES ET ÉCARTS

Variation ou tendance dans le temps:

Comparer le taux de roulement de 2002, 2003, 2004 et 2005.

Cibles-balises chiffrées:

Réduire le taux de roulement du personnel d'encadrement à 3,20%.

Autres unités, organisations (ou étalonnage):

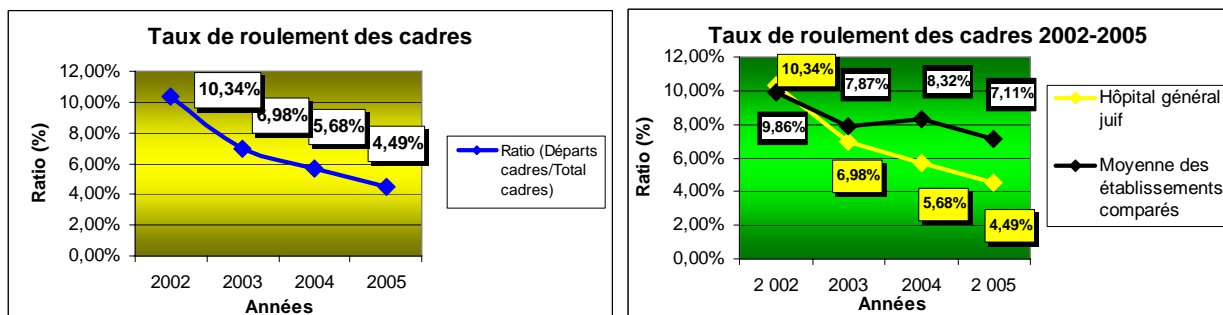
Comparaison entre différents établissements hospitaliers :

- Centre hospitalier universitaire de Québec
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Centre universitaire de santé de McGill
- Hôpital Sainte-Justine
- Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis

La troisième section est probablement la plus intéressante ou du moins la plus visuelle de la fiche-indicateur. Elle comprend les principaux graphiques et diagrammes illustrant la situation de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis dans le temps, comparée aux autres établissements de santé étudiés.

Zone 3

FORME DE REPRÉSENTATION: GRAPHIQUES



Enfin, la dernière section de la fiche-indicateur a permis d'intégrer une interprétation des résultats obtenus, de même que les réactions manifestées par les responsables des indicateurs lorsque les résultats ont été exposés.

Zone 4

LES CONSIDÉRATIONS RELIÉES À L'INTERPRÉTATION ET À L'UTILISATION DE L'INDICATEUR

Interprétation de l'indicateur:

Cet indicateur nous présente un taux de roulement des cadres qui est continuellement décroissant. En effet, même s'il semblait plutôt élevé il y a 4 ans, celui-ci tend à se stabiliser à un niveau plus acceptable depuis quelques années.

Utilisation de gestion de l'indicateur, décisions, réactions possibles :

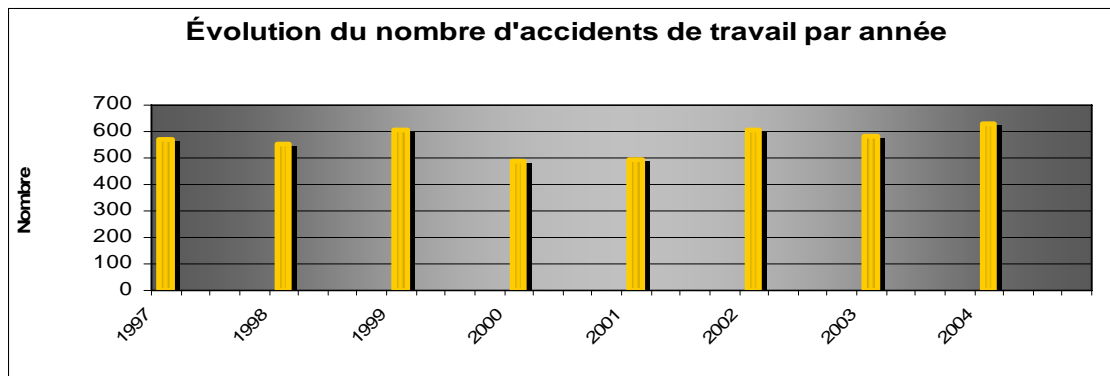
Afin de diminuer le taux de roulement de ses cadres, l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis cherche à retenir ses cadres en leur permettant de «revenir» à l'emploi sous forme de contrat d'un an, renouvelable. Voir TSD.

3.3.2. Pages ventilées

Suite à la construction de ces fiches-indicateurs, le stagiaire devait concevoir un design qui permettrait à l'utilisateur d'avoir accès aux différentes informations découlant d'un même indicateur. D'où les pages ventilées qui serviraient à illustrer les différents résultats obtenus par l'HGJ-SMBD et les autres établissements. En un simple coup de souris, l'utilisateur pourra obtenir un niveau d'information beaucoup plus précis. Cette façon de faire permet de présenter les données sous plusieurs angles. Différents ratios ont pu être calculés et croisés afin d'obtenir le portrait le plus complet possible de l'indicateur.

Afin d'attirer l'attention de l'utilisateur du TBG, ces pages ventilées devaient être présentées de façon conviviale. Comme l'objectif premier recherché par le TBG est de synthétiser graphiquement un ensemble de données et comme l'environnement informatique n'est pas familier au principal utilisateur, monsieur Mallet, un système de symboles universels devait en faciliter la compréhension. C'est en faisant le rapprochement entre l'indicateur de vitesse de sa voiture et les feux de circulation, que M. Dumas a pensé utiliser un système de couleurs dans les graphiques. Est-il nécessaire de mentionner qu'un feu rouge oblige à arrêter, qu'un feu jaune demande au conducteur de ralentir et le vert de poursuivre ? Voici quelques exemples :

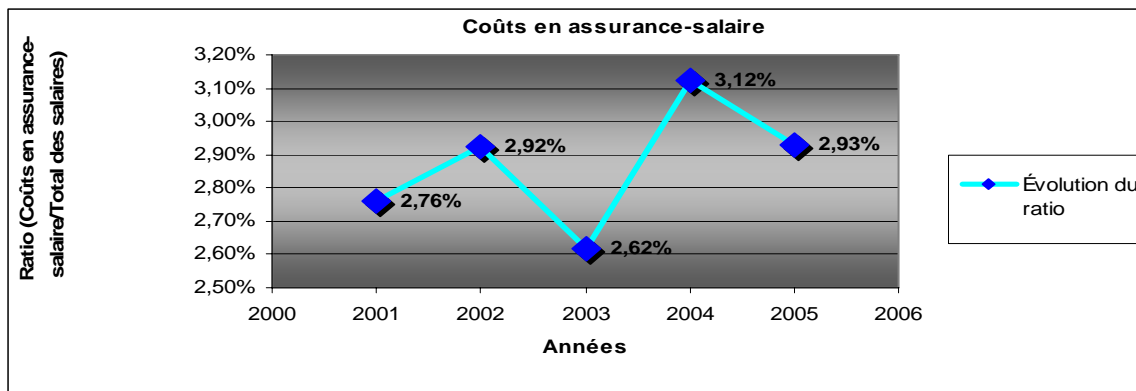
Indicateur 1 : Accidents de travail



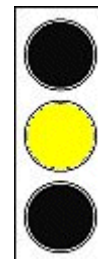
Ce graphique présente l'état de la situation concernant le nombre d'accidents de travail par année. Toutefois, ce graphique doit être interprété avec prudence, car certaines des données relatives aux années 2000 et 2002 ne sont pas disponibles. Une estimation réaliste basée sur la moyenne des années disponibles a permis d'illustrer l'évolution des accidents de travail des 8 dernières années. Par ailleurs, on peut conclure que de 1997 à 1999, il semble y avoir eu une stabilité. C'est davantage les années 2003-2004 qui inquiètent car elles tendent à démontrer une augmentation. L'année 2005 devra être vérifiée attentivement!



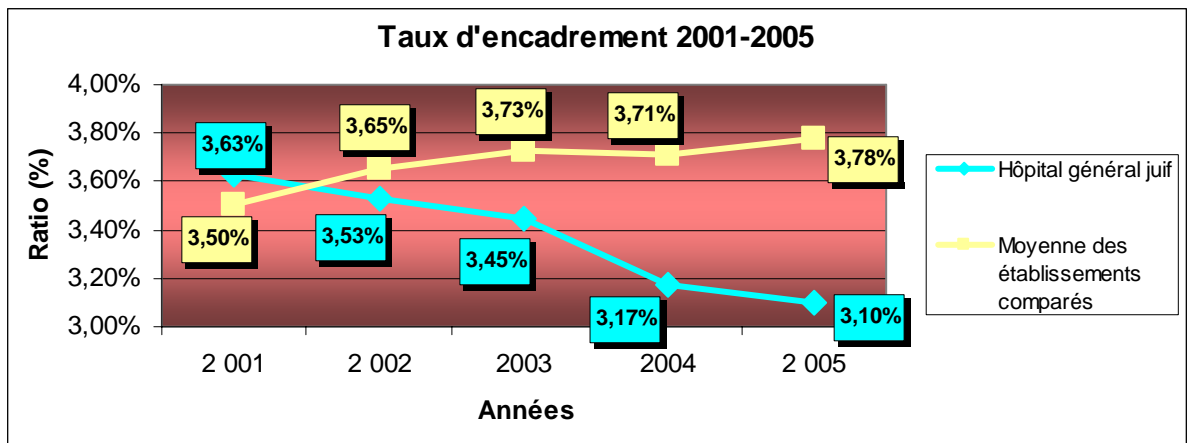
Indicateur 3 : Coûts en assurance-salaire



L'objectif fixé est d'atteindre sensiblement le même taux qu'en 2003, soit 2,60%. À la lecture de ce graphique, l'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis semble en bonne voie et l'année 2006 devra être surveillée de près pour l'atteinte de cette cible. Ce ratio doit également être interprété en le comparant aux ratios obtenus par l'hôpital lorsque comparé à la moyenne provinciale.



Indicateur 6 : Taux d'encadrement



À la lumière de ce graphique, on peut voir que l'Hôpital général juif affichait un taux d'encadrement supérieur à la moyenne des établissements comparés en 2001. Toutefois, dès 2002, l'hôpital a affiché un taux moindre et décroissant. L'écart entre les taux d'encadrement de l'Hôpital général juif et celui de la moyenne des établissements est de plus en plus important au fil des ans.



Ainsi, comme le lecteur a pu en faire l'expérience, le temps consacré à la lecture et à l'analyse du graphique varie en fonction du signal reçu du feu de circulation. Cet avertissement « coloré » permet de mettre visuellement l'accent sur ce qu'il y a de plus urgent ou d'inquiétant. Comme un directeur des ressources humaines, en l'occurrence monsieur Mallet, ne peut que très rarement se permettre de lire en entier des bases de données pour en tirer des conclusions, l'outil développé dans le cadre de l'IPMT devait en permettre une lecture rapide de par sa concision.

3.4. ÉTAPE 4 : INFORMATISATION DU TABLEAU DE BORD

3.4.1. Structure logique de navigation

La conception du tableau de bord sous la forme d'une pyramide inversée, permet d'accéder à une foule d'informations. L'idée derrière le tableau est d'offrir une représentation schématisée de la performance de l'hôpital sous certains indicateurs. L'utilisateur qui désire accéder seulement à une vue sommaire des résultats peut se contenter de lire la page synthèse, soit le sommet de la pyramide. Toutefois, s'il désire avoir une vue détaillée pour mieux comprendre les chiffres présentés, il aura la possibilité de fouiller davantage en ayant accès à l'ensemble du tableau de bord ; incluant les bases de données utilisées pour la conception du tableau. Bref, du général au détaillé, du sommet à la base de la pyramide.

3.4.2. Mode d'emploi du TBG

3.4.2.1. Page de présentation

D'abord, en ouvrant le fichier Excel, l'utilisateur trouve la page de présentation du tableau de bord. Cette page agit à la fois comme table des matières et comme point de départ pour la navigation :



Tableau de bord de gestion

**Prototype réalisé pour la
Direction des ressources humaines
de l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis**

Page d'accueil

[TABLEAU DE BORD – PAGE SYNTHÈSE](#)

[TABLEAU DE SUIVI DÉCISIONNEL](#)

[TABLEAU DE PRÉOCCUPATIONS-INDICATEURS](#)

[LISTE DES PAGES VENTILÉES](#)

[LISTE – BENCHMARKING](#)


[LISTES DÉTAILLÉES](#)

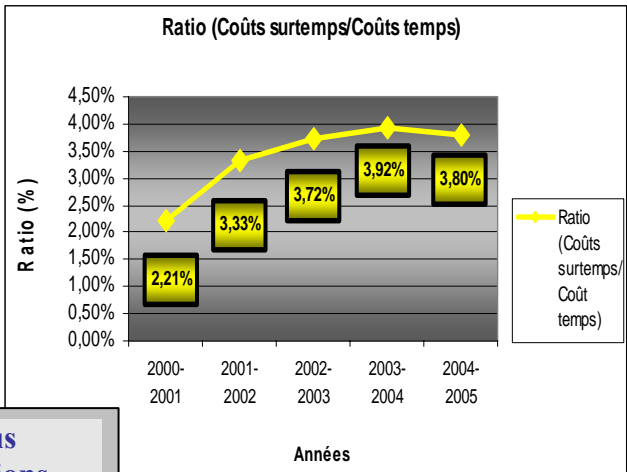
Cliquez sur les
différents éléments
soulignés pour
naviguer dans le
Tableau de bord!
Bonne visite!

3.4.2.2. Page synthèse

Comme le tableau de bord est essentiellement l'image générale d'une situation, il vaut mieux d'y insérer initialement une page synthèse. Celle-ci comprend les résultats obtenus par l'hôpital au cours des deux dernières années disponibles. Donc, l'utilisateur y trouvera les sept différents indicateurs, les données statistiques les plus récentes et une interprétation des résultats sous la forme de pictogrammes et commentaires. De plus, le principal graphique de l'indicateur permettra à l'utilisateur, en un simple coup d'œil, d'évaluer la situation. En voici un exemple :

Ind.-5 Coûts en temps supplémentaire

		V	n
Coûts en temps suppl. 2004-2005	3,80%		-0,12%
Coûts en temps suppl. 2003-2004	3,92%		



Interprétation

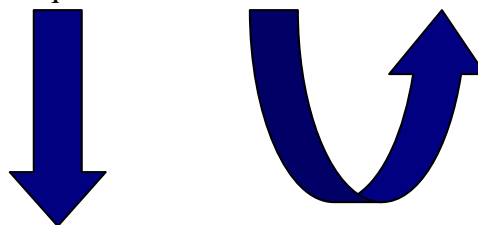
Cliquez sur
«Interprétation»

Pour plus
d'informations,
cliquez sur les pictos!

C'est suite aux informations contenues dans la page synthèse que l'utilisateur décidera de poursuivre ou non la recherche d'informations et d'explications. S'il désire entrer dans les détails de l'indicateur, il n'aura qu'à cliquer sur le nom de l'indicateur souligné en bleu ou sur le pictogramme pour pouvoir accéder aux pages ventilées de ce dernier. Toutefois, s'il veut obtenir une interprétation sommaire de la situation de l'hôpital par rapport à l'indicateur, il n'a qu'à positionner le curseur sur le mot « Interprétation ».

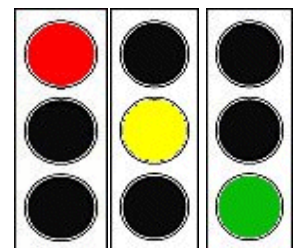
Pour faciliter la navigation, d'autres fonctions ont été également ajoutées : Dans le haut à droite de chaque page, un menu permet de poursuivre la recherche ou de faire marche arrière. Il y a également des flèches qui donnent accès au contenu de chaque page.

- [Page d'accueil](#)
- [Page synthèse](#)
- [Fiche-indicateur Ind.-1](#)
- [Ind. -1 Benchmarking](#)
- [Menu Liste détaillée](#)



3.4.2.3. Pages ventilées et banque de données

Après avoir pris connaissance des différentes pages ventilées propres à un indicateur, l'utilisateur peut cliquer sur les feux de circulation afin d'avoir accès aux listes détaillées (banque de données compilées). Il aura alors accès à des renseignements encore plus poussés.



Indicateur 4 : Temps supplémentaire

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Total des heures travaillées en temps supplémentaire					
Activités principales					
Heures supplémentaires du personnel cadre et régulier	59 479	96 984	99 161	107 492	110 401
Activités accessoires					
Heures supplémentaires du personnel cadre et régulier	2 041	2 209	2 771	2 249	4 012
Total	61 520	99 193	101 897	109 741	114 413
Total ajusté	61 945	97 511	101 897	110 870	115 330

Établissements	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
CH universitaire de Montréal	329 480	342 830	371 295	367 538	387 709
Centre universitaire de santé de McGill	264 533	334 264	295 026	268 906	312 494
Hôpital général juif	61 945	97 511	101 897	110 870	115 330
HMR	96 408	128 867	163 137	163 778	142 628
CHU Sainte-Justine	106 485	128 117	113 214	127 432	116 902
Hôpital Sacré-Cœur de Mtl	136 683	151 984	161 005	138 056	137 543
Institut de cardiologie de Mtl	47 534	56 425	65 203	62 244	58 018

Total des heures de travail					
Activités principales	3 925 014	4 109 315	4 238 238	4 324 949	4 378 945
Activités accessoires	970 874	808 741	856 920	910 709	1 007 418
Total	4 895 888	4 918 056	5 095 158	5 235 658	5 386 363
Total ajusté	4 161 632	4 357 787	4 386 723	4 576 753	4 643 238
Établissements	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
CH universitaire de Montréal	10 662 954	10 532 258	10 459 733	10 386 686	10 395 213
Centre universitaire de santé de McGill	10 361 277	11 049 417	11 103 403	10 838 017	10 692 418
Hôpital général juif	4 161 632	4 357 787	4 386 723	4 576 753	4 643 238
HMR	4 915 212	5 009 287	5 091 694	5 251 974	5 240 913
CHU Sainte-Justine	4 690 046	4 729 304	4 803 230	4 862 999	4 806 654
Hôpital Sacré-Cœur de Mtl	4 088 459	4 075 240	4 179 000	4 170 015	4 032 848
Institut de cardiologie de Mtl	1 369 624	1 427 944	1 591 641	1 736 378	1 785 919

Ratio: Taux de surtemps	1,26%	2,02%	2,00%	2,10%	2,12%
Ratio: Taux de temps supplémentaire	1,49%	2,24%	2,32%	2,42%	2,48%

ajusté					
--------	--	--	--	--	--

Établissements	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
CH universitaire de Montréal	3,09%	3,26%	3,55%	3,54%	3,73%
Centre universitaire de santé de McGill	2,55%	3,03%	2,59%	2,48%	2,92%
Hôpital général juif	1,49%	2,24%	2,32%	2,42%	2,48%
HMR	1,96%	2,57%	3,11%	3,12%	2,72%
CHU Sainte-Justine	2,27%	2,71%	2,30%	2,62%	2,43%
Hôpital Sacré-Cœur de Mtl	3,34%	3,73%	3,71%	3,31%	3,41%
Institut de cardiologie de Mtl	3,47%	3,95%	3,94%	3,58%	3,25%
Ratio moyen des établissements comparés	2,60%	3,07%	3,07%	3,01%	2,99%

3.5. ÉTAPE 5 : MISE EN ŒUVRE DU TABLEAU DE BORD

Phase finale du projet, la mise en œuvre du tableau de bord est une étape très importante dans le développement du TBG. Une première démonstration du TBG devait être effectuée auprès du Directeur des ressources humaines, monsieur Mallet. Après avoir pris rendez-vous avec ce dernier et enregistré la dernière version du tableau sur CD-ROM, M. Dumas a commencé à installer l'outil de gestion sur l'ordinateur de M. Mallet. Première constatation : les dimensions de l'écran ne correspondaient pas à celles utilisées pour la conception du TBG. Résultat : Les flèches pour accéder à toutes les informations contenues sur une même page n'étaient plus visibles. Guillaume Dumas a donc pris quelques minutes pour restructurer la présentation visuelle de certaines pages du TBG pour que ces dernières puissent être entièrement lisibles et proportionnées à l'écran. Suite à ce petit ajustement, il a pu donner une formation complète à l'utilisateur tout en recueillant ses impressions. Il a observé l'aisance avec laquelle M. Mallet effectuait la manipulation des indicateurs dans le nouveau progiciel. Après ce premier essai d'une heure et demie, de légères modifications ont été apportées afin d'en augmenter la convivialité. De petits encarts ont été insérés dans le coin supérieur droit de chacune des pages, facilitant ainsi le retour en arrière et la navigation dans le tableau. De plus, en changeant les couleurs de certains graphiques, la clarté et la précision en étaient augmentées.








Le lendemain, le nouvel outil d'aide à la décision était prêt à être implanté. Il a été décidé de former une autre personne au sein du département afin de tenir à jour le tableau de bord de gestion. Le chef du service de la rémunération et des avantages sociaux, monsieur Nguyen, qui est d'ailleurs comptable, était probablement la personne la plus apte à comprendre et manipuler les données retrouvées dans le TBG. Monsieur Nguyen possède également d'excellentes habiletés en informatique et maîtrise parfaitement le tableur Excel. Suite à la formation donnée à monsieur Nguyen, M. Dumas s'est ainsi assuré que l'ensemble des employés impliqués de près ou de loin dans la collecte de données, comprenaient l'importance et la raison d'être du tableau de bord.

En dernier lieu, l'auteur du TBG a rencontré les différents chefs de départements impliqués. Les commentaires faits par ces derniers l'ont grandement aidé à finaliser le tableau de suivi décisionnel (TSD). Une fois terminé, une copie leur a été fournie. Ils étaient fort motivés à mettre en place des plans d'action visant à améliorer les résultats

de l'hôpital dans les différents indicateurs. La chef du département de santé et sécurité a même affiché le TSD pour que tous les employés gardent en tête les objectifs et les actions mobilisatrices à entreprendre. Une excellente source de motivation pour les troupes !

4. RECOMMANDATIONS

Quelques recommandations ont été émises au Directeur des ressources humaines. Celles-ci sont, pour la plupart, présentées dans le tableau de suivi décisionnel tel qu'illustré à la page suivante :

Indicateurs	Résultats	Comparatifs	Écarts	Pictos	Causes-Facteurs	Actions correctrices	Où en est-on rendu?
1 Nombre d'accidents de travail	632	550	82		Augmentation du personnel Absence Coord. SST 6 mois Manque coordination	Promotion - Déclaration accidents Achat nouvel équipement Formation ASSTASS-PDSB	Comité paritaire SST Achat civières spécialisées Élimination appareils à mercure
2 Heures en assurance-salaire	3,73%	3,15%	0,58%		Absence Coord. SST et Ass.-salaire 6 mois Croissance maladies psychologiques (+temps) Tendance à être plus «proactif» en SST, car les coûts sont plus importants que ceux de l'assurance-salaire	Encourager l'utilisation du PAE (progr. aide aux employés) Trouver des solutions en fonction de l'âge des employés vieillissants. On doit «cimenter l'équipe» Voir à ce que les employés de l'hôpital soient vus prioritairement	Davantage de références à l'interne On tend à augmenter la rapidité d'accès aux professionnels et aux traitements (RMI, tests sanguins, etc.) Meilleur suivi Tout est en place, reste à procéder!
3 Coûts en assurance-salaire	2,93%	2,60%	0,33%				
4 Taux de temps supplémentaire	2,48%	2,30%	0,18%		Pénurie de personnel spécialisé due aux départs à la retraite (ex. Infirmières, inhalothérapeutes, technologues en radiodiagnostic, etc.)	Recrutement et réembauche de cadres Recrutement d'infirmières sur une base de disponibilité (sans contribution au régime de retraite)	
5 Coûts en temps supplémentaire	3,80%	3,70%	0,10%				
6 Taux d'encadrement	3,10%	3,00%	0,10%		Exigences de performance avec moins de cadres	Recherche de solutions pour contrecarrer l'effet pervers d'une diminution de l'encadrement. Ex. Une infirmière-chef a maintenant la responsabilité de deux unités de travail. Ainsi, + d'épuisement professionnel possible	
7 Taux de roulement des cadres	4,49%	3,20%	1,29%		Départs à la retraite Très peu de départs volontaires	Programmes d'identification de la relève de cadres dans le réseau de la santé et des services sociaux.	Absence de directeur des finances

4. 1. ACCIDENTS DE TRAVAIL

En premier lieu, une des préoccupations de gestion identifiées sera de diminuer le nombre d'accidents de travail à 550 ou moins pour la prochaine année. Pour parvenir à atteindre cet objectif, différentes actions correctives et mobilisatrices ont été identifiées. Bien qu'un comité paritaire ait été dernièrement mis sur pied pour prévenir et réduire le nombre d'accidents à l'HGJ-SMBD, un manque de coordination subsiste toujours entre les employés du service de santé et ceux de la direction des ressources humaines. Il a été ainsi suggéré à monsieur Mallet de discuter ce point lors des prochaines rencontres d'équipes, pour trouver des moyens concrets qui aideraient à améliorer la communication entre tous les acteurs impliqués.

De plus, seuls les accidents de travail nécessitant une intervention médicale et une indemnisation sont déclarés. Dans le but de favoriser et de créer un environnement de travail sécuritaire, il est donc impératif qu'une identification et une consignation des accidents n'entraînant pas de perte de temps soient mises en place. Il a été donc recommandé à monsieur Mallet qu'en plus d'une sensibilisation, une formation soit donnée à tout nouvel employé, dès son arrivée à l'hôpital.

Comme le taux d'accidents impliquant un contact avec des fluides corporels est particulièrement élevé, une personne spécialisée en prévention des piqûres d'aiguille a été proposée pour qu'elle puisse donner une formation « pointue » sur ce sujet.

Finalement, toujours dans la lutte aux accidents de travail, il faudra donner priorité au remplacement de l'équipement désuet par un équipement plus moderne et sécuritaire.

4. 2. ASSURANCE-SALAIRE

En premier lieu, en ce qui concerne les heures perdues et les coûts en assurance-salaire, les objectifs pour la prochaine année sont respectivement fixés à 3,15% et 2,60%. Une façon de parvenir à ces cibles serait que les employés de l'hôpital soient vus en priorité par le personnel soignant, amenant ainsi une diminution des délais et des coûts en assurance-salaire. Malheureusement, l'HGJ-SMBD fait face à un cercle vicieux puisque la surcharge de travail de l'ensemble du personnel produit une attente interminable avant de pouvoir rencontrer un médecin ou une infirmière spécialisée. Une des suggestions serait donc d'augmenter l'effectif médical au service de santé. Monsieur Mallet est en parfait accord avec cette suggestion et tentera de trouver le budget pour recruter une infirmière de plus.

Le programme d'aide aux employés (PAE) devrait également être davantage publicisé au sein de l'établissement. Il est primordial d'en faire la promotion, d'augmenter sa visibilité et ainsi réduire les préjugés associés à son utilisation. Les maladies psychologiques, étant en croissance, une attention particulière devrait être portée à ces dernières et la consultation d'une personne représentant le PAE peut aider à les prévenir. À ce sujet, rappelons que ces maladies sont celles qui engendrent les coûts les plus importants. Enfin, bien que le retour progressif soit couramment utilisé à l'HGJ-SMBD, des postes avec tâches allégées pourraient être spécialement identifiés afin d'inciter les employés à revenir plus tôt au travail. Ainsi, en sachant qu'une banque de postes adaptés existe, l'employé, dont les conditions de santé le permettent, pourrait être moins réfractaire ou moins hésitant à revenir travailler au sein de l'établissement.

4.3. TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

Le taux de temps supplémentaire, de même que les coûts qui y sont associés doivent diminuer respectivement à 2,30% et 3,70% pour la prochaine année. Les résultats enregistrés par l'HGJ-SMBD s'expliquent par le manque d'effectif qui oblige le personnel à travailler davantage. Conscient de cette pénurie de personnel, il a été suggéré à monsieur Mallet d'être innovateur dans le recrutement en demandant au responsable du recrutement de faire la promotion de l'hôpital en visitant les institutions scolaires offrant les programmes reliés à la santé. Des étudiants intéressés par un stage ou un emploi au sein de l'établissement médical pourraient également être identifiés à ce moment. De plus, un programme de mentorat pourrait être mis sur pied, permettant ainsi à l'étudiant de prendre contact avec le métier auquel il aspire. Finalement, le recrutement d'infirmiers et infirmières retraités, selon leur disponibilité, a été suggéré. Monsieur Mallet a confirmé que c'était présentement ce que l'hôpital faisait pour augmenter le nombre d'effectif et ainsi diminuer le temps supplémentaire des autres employés. Enfin, comme le manque de personnel qualifié occasionne une augmentation du taux de temps supplémentaire et des coûts élevés, il faudrait envisager des méthodes de rétention des employés exerçant des professions où une pénurie est signalée (voir aussi les recommandations pour diminuer le taux de roulement).

4.4. ENCADREMENT

Afin de limiter les coûts importants associés à la rémunération des nombreux cadres de l'HGJ-SMBD, l'objectif a été fixé à 3,00%. À ce sujet, d'importantes répercussions peuvent survenir sur la charge de travail des employés concernés. Des recommandations sont donc davantage au niveau de répercussions qu'au niveau de la diminution de l'encadrement. Un exemple: Alors qu'une infirmière-chef se voyait confier la responsabilité d'un département entier, dorénavant, celle-ci pourrait avoir à s'occuper d'un deuxième. Ce changement doit être progressif et accompagné de mesures pouvant faciliter la prise en charge de dossiers supplémentaires. Une attention particulière devrait donc être portée à l'égard des maladies professionnelles susceptibles de se développer à la suite d'un tel changement. Il a été ainsi recommandé à monsieur Mallet que des formations traitant de la combinaison gestion/santé mentale puissent être accessibles aux gestionnaires concernés. De tels programmes de formation et de développement sont essentiels pour contrer les effets pervers d'une réduction de cadres. De plus, ces initiatives sont impératives afin de ne pas nuire à la performance de l'hôpital en ce qui concerne les autres indicateurs. En effet, l'objectif recherché lors d'une diminution du taux d'encadrement, n'est certainement pas d'augmenter, à l'inverse, le nombre d'heures et de coûts en assurance-salaire !

4.5. ROULEMENT DES CADRES

Concernant le roulement des cadres, l'objectif à atteindre est de diminuer son taux à 3,20% pour la prochaine année. Pour ce faire, quelques stratégies de rétention des gestionnaires actuellement présents à l'HGJ-SMBD sont à considérer. Il a été d'abord suggéré à M. Mallet d'effectuer un sondage d'opinion à l'intention des cadres intermédiaires et supérieurs de l'hôpital afin de connaître les raisons les motivant à travailler pour l'établissement plutôt qu'un autre. Ensuite, des entrevues de fin d'emploi devraient être effectuées pour mieux cerner les principaux motifs du départ d'un gestionnaire. Ainsi, connaissant les raisons retenant les cadres, ou celles expliquant leur

démission, l'équipe des ressources humaines serait alors mieux outillée pour trouver des moyens et des stratégies de rétention efficaces.

Enfin, il est primordial de reconnaître publiquement les efforts déployés par les gestionnaires, que ce soit par des affiches, un souper du mérite ou tout simplement par un envoi courriel à tous, soulignant le travail du gestionnaire en question. L'employé se sentira mieux reconnu au sein de l'établissement, ce qui est à la base d'un emploi gratifiant. Bien que les gestionnaires reçoivent annuellement une forme de bonification monétaire proportionnelle à leur performance et à leur hiérarchie dans l'organisation, toute autre forme de reconnaissance accroît l'engagement et la loyauté envers une organisation.

5. SYNTHÈSE DES FORCES ET LIMITES DU TBG

Les bénéfices associés à l'utilisation des tableaux de bord de gestion sont nombreux ; encore faut-il respecter certaines conditions. D'abord, selon Epstein et Manzoni (1998 : 193), un bon tableau de bord doit permettre au gestionnaire de mieux prendre ses décisions. C'est d'ailleurs dans cette optique que le TBG de l'HGJ-SMBD a été pensé. Les couleurs contrastantes, les graphiques, les icônes, de même que la structure globale du TBG ont été soigneusement sélectionnés pour en accentuer l'efficacité, et ainsi : rendre facile et lisible ce qui semblait complexe et parfois trop détaillé. En effet, les gestionnaires sont trop souvent inondés de données complexes provenant de différentes sources et présentées sous une variété de formes. Dorénavant, M. Mallet, ou quiconque intéressé, pourra facilement consulter cet outil pour faire des présentations et motiver les employés dans l'atteinte des objectifs déterminés.

Epstein et Manzoni (1998) ajoutent aussi que le TBG doit informer de la performance à plusieurs niveaux. Voilà pourquoi le présent modèle de TBG a été créé sur le modèle d'une pyramide inversée, en partant d'une page très synthétisée vers du plus détaillé. Il permet à l'utilisateur d'accéder à la base de données. Par ce principe, il aura le choix de se concentrer sur les résultats sommaires ou de parcourir davantage les sections qui attireront son attention. De plus, par l'ajout d'une section où des études de benchmarking ont été réalisées, il est possible de connaître la position du l'HGJ-SMBD face aux autres établissements de santé dans la province de Québec. Il s'agit donc, encore là, de mobiliser les troupes afin d'augmenter la performance de la direction des ressources humaines. L'HGJ-SMBD se devant d'être sur le podium des meilleurs hôpitaux du Québec.

Outre le fait que son utilisation contribue à diriger l'attention des gestionnaires vers les réels problèmes de l'organisation, l'utilisation du tableau de bord doit forcer chaque sous-unité à se positionner à l'intérieur de l'organisation. Cela permet d'identifier les facteurs de succès et les indicateurs de performance correspondants. Les services de santé, de la santé et sécurité du travail et celui de la rémunération et avantages sociaux pourront évaluer leur contribution à la performance globale de la direction des ressources humaines. De plus, d'autres directions pourront venir se greffer au tableau, simplement en y insérant d'autres indicateurs. Il sera alors intéressant, de pouvoir jumeler ou croiser des données de la direction des finances avec celles de la direction des ressources humaines, et d'en constater les résultats. À suivre...

De par la démonstration qu'en font Huselid et al. (2005), il est certain que le tableau de bord représente, pour la dimension RH, une véritable possibilité, d'être reconnue comme un facteur clé de performance. À titre d'exemple, le Workforce Scorecard démontre clairement que les investissements dans la force de travail aident à l'exécution de la stratégie par l'entremise de la culture, des capacités et des comportements créés. Cela contribue inévitablement au succès et à la performance de l'organisation.

Bien que le tableau de bord créé ne semble présenter que des avantages et des points positifs, il comporte quand même quelques limites. Spécialiste en la matière, Voyer (2002) met d'ailleurs en garde le concepteur concernant la création de tableaux de bord tous azimuts. Pour lui, il n'est pas un gadget miraculeux et encore moins un système de gestion. Il s'agit plutôt d'un soutien. L'auteur insiste sur le fait qu'un tableau de bord ne doit pas être un mélange d'indicateurs plus ou moins pertinents. Ainsi, il est préférable de limiter le nombre d'indicateurs opérationnels ou détaillés fournis aux hauts dirigeants et de détailler ceux qui intéresseront les gestionnaires.

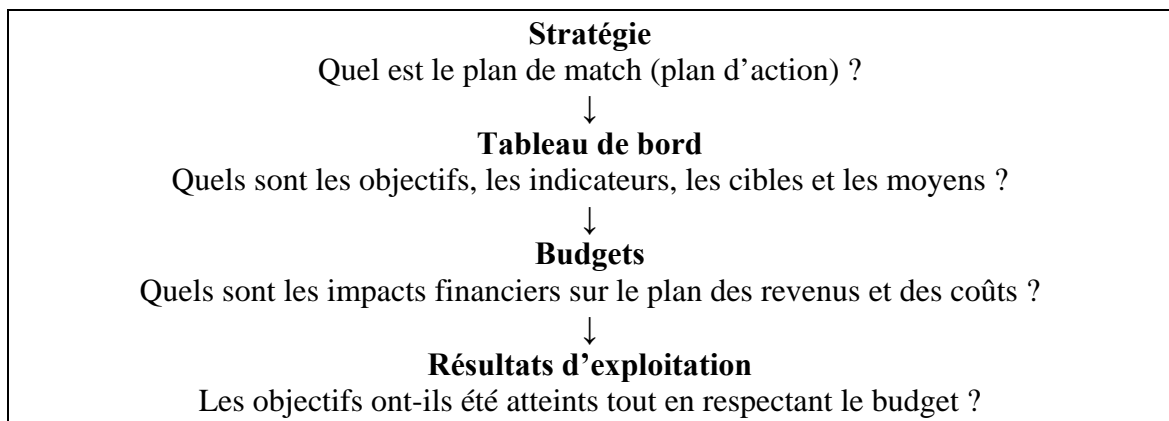
Un autre risque rattaché à l'utilisation d'indicateurs de performance est de limiter leur choix aux seuls indicateurs quantitatifs, délaissant ainsi la richesse potentielle de certains indicateurs qualitatifs. À ce sujet, Epsein et Manzoni (1999) prétendent que le Balanced Scorecard a tendance à accorder trop d'importance aux mesures financières au détriment des autres mesures. Doit-on en conclure que le Balanced Scorecard est un mauvais tableau de bord et que le modèle français aurait dû être privilégié dans le cadre de la présente intervention ? Non ! Et encore une fois, le temps fait défaut. En effet, dans un établissement tel que l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, recueillir des données non quantitatives peut devenir une tâche complexe. Au départ, l'auteur de la présente étude voulait sonder l'engagement et la loyauté des employés envers l'établissement de santé. Mais des contraintes de temps l'ont forcé à concentrer ses efforts à la création d'un tableau de bord qui, éventuellement, pourrait contenir des indicateurs non financiers et qualitatifs, selon les préoccupations de gestion. Intégrer des indicateurs qualitatifs à l'intérieur de ce présent TBG dans un futur projet d'IMPT ? Pourquoi pas ?

Ensuite, une des difficultés importantes que l'on peut rencontrer est relié au fait que certaines des données essentielles à la conception du tableau de bord peuvent ne pas exister à l'intérieur de la firme et au moment de la cueillette. En effet, le nombre d'accidents de travail du quatrième trimestre des années 2000 et 2002 a dû être estimé. Par conséquent, des données manquantes empêchent de créer des graphiques réalistes et en faussent la lecture par l'utilisateur. Pour surmonter ce problème, M. Dumas a procédé à une estimation et une projection basée sur les années disponibles afin de tracer le portrait se rapprochant le plus de la réalité. Une note a également été ajoutée pour que l'utilisateur puisse en faire une bonne interprétation.

Un autre point à considérer est que les acteurs peuvent résister au changement car ils désirent protéger leur pouvoir ou leur poste. Certains gestionnaires peuvent refuser de collaborer au projet par crainte que l'intervenant découvre que les activités auxquelles ils sont assignés enregistrent une piètre performance. L'intervenant peut être perçu comme un examinateur, un auditeur cherchant la faille. Après avoir mentionné cette limite à M. Mallet, celui-ci a tout de suite rectifié la situation en mentionnant à nouveau à l'ensemble des employés, le but de la visite et du projet de Guillaume Dumas.

Enfin, selon Vézina (2006), l'idée d'utiliser un tableau de bord pour éviter l'utilisation d'un budget est complètement absurde. En effet, cette hypothèse de gérer sans budget ne tient pas la route. Les tableaux de bord et les budgets sont étroitement liés et même complémentaires. Dans la confection du présent tableau, son auteur a d'ailleurs utilisé des rapports financiers de même que les dossiers concernant le budget. Il est très risqué de négliger l'un ou l'autre. Les tableaux de bord existent depuis des dizaines d'années et s'inscrivent clairement dans la logique du processus budgétaire. C'est en tenant compte de la stratégie que les gestionnaires identifient les objectifs, déterminent les indicateurs de performance appropriés, choisissent une cible et identifient les moyens de l'atteindre. Le tableau de bord est un outil essentiel pour la gestion des organisations, mais ne peut en aucun cas, remplacer le budget :

Liens entre la stratégie, le tableau de bord et le budget



Vézina (2006)

CONCLUSION

Mesurer la gestion des ressources humaines n'est pas seulement possible, mais est de plus en plus exigé. En effet, dans le contexte économique actuel, la contribution de tous les acteurs d'une organisation doit apporter une valeur ajoutée à l'organisation ou aider à l'atteinte de la vision, de la mission et des objectifs stratégiques et opérationnels de celle-ci.

La volonté de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins et des services dispensés dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre qualifiée et de réorganisation du réseau, impliquait des changements dans la gestion de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Le mandat d'élaborer un prototype de tableau de bord de gestion démontre la volonté de changement de l'institution.

Il faut briser le mythe de l'intangible et mettre de l'avant différentes méthodes pouvant vérifier la contribution de la gestion des ressources humaines à la performance globale de l'organisation. Dans ce sens, la conception et l'implantation d'un tableau de bord de gestion représentaient une occasion sans précédent, un enjeu important pour le leadership et la crédibilité d'organisation de la DRH.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, 2006, *Système d'information des ressources humaines*, Gouvernement du Québec, Intranet.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Système informatisé de données opérationnelles et financières (SOFI)*. Manuel d'exploitation, AHQ, Montréal, (2001-2002, 2002-2003, 2003-2004)

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS), 2006, *Le tableau de bord prospectif: Une approche évaluative de la qualité qui a fait ses preuves !*, Cahier Synergie.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS), 2006, *SOFI – Système de données opérationnelles et financières informatisé*, Cahier Synergie.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS), 2005, *Démarche de soutien au projet de repositionnement stratégique et d'intégration des pratiques de la direction des ressources humaines*, 55 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, 1998, *Système intégré d'analyse de la performance (SIAP). Système d'information et rapports personnalisés*. AHQ, Montréal.

ATKINSON, A., WATERHOUSE, H. et WELLS R., 1997, «A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement», *Sloan Management Review*, Vol. 38, no. 3, 25-37.

BALDRIGE NATIONAL QUALITY PROGRAM, 2006, *Health Care Criteria for Performance Excellence*, 82 p.

BÉLANGER, L., BENABOU, C., BERGERON, J.L., FOUCHET R. et PETIT A., 1988, *Gestion stratégique des ressources humaines*, Gaëtan Morin Éditeur.

BELOUT, Adnane, 1996, «Les méthodes d'évaluation et de contrôle de l'efficacité de la gestion des ressources humaines : Analyse et synthèse», 14^e Université d'été : Du conflit au dialogue : l'apport de l'audit social.

BESSIRE, Dominique et BAKER, Richard, 2005, «The French *Tableau de bord* and the American Balanced Scorecard: a critical analysis», *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 16, no. 6, 645-664.

BOURGUIGNON, A., MALLERET, V. NORREKLIT, 2004, «The American balanced scorecard versus the French *tableau de bord* : the ideological dimension», *Management accounting research*, volume 15, p.107-134.

BOURGUIGNON, A., 1996, «Définir la performance: Une simple question de vocabulaire? » in Fericelli, A.-M. et Sire, B. (dir.), Éd. Economica, Paris, pp.18-31.

BURLAUD, A., EGLEM, J.-Y., 2003, «Contrôle de gestion et gestion des ressources humaines», in Weiss, D. (dir.), *Ressources humaines*, Éd. d'Organisation, Paris, 782 p., pp.657-699.

CHU MÈRE-ENFANT SAINTE-JUSTINE, 2004, *Benchmarking – Cueillette de données administratives concernant les directions des ressources humaines de centres hospitaliers comparables*, 29 p.

CHU MÈRE-ENFANT SAINTE-JUSTINE, 2005, *Tableau de bord du conseil d'administration 2005-2006*.

CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL, 2001, *Tableau de bord général 2001-2002 : Gestion de l'assurance salaire et des accidents de travail*.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, 2006, «Normes» – Chapitre Gestion des ressources humaines.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, 2003, *Les indicateurs*, 2^e édition, Ottawa, 93 p.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, 2003, *Accreditation Survey Report for the Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital*.

DE GUERNY, J., GUICIER, J.-C et LAVERGNE, J., 1986, *Principes et mise en place du tableau de bord de gestion*, 5^e édition, Paris, Delmas.

DOLAN S. L., SABA T., JACKSON, S., SCHULER, R., 2001, *La gestion des ressources humaines*, 2^e édition, ERPI, sous presse.

EPSTEIN Marc et MANZONI Jean-François, 1998, «Implementing Corporate Strategy : From Tableaux de Bord to Balanced Scorecards», *European Management Journal*, Vol. 16, no. 2, 190-203.

FERNADEZ, A., 2005, *L'essentiel du tableau de bord*, Paris, Éditions d'Organisations, 178 p.

FERNANDEZ, A., 2003, *Les nouveaux tableaux de bord des managers : le projet décisionnel dans sa totalité*, 3^e édition, Paris, Éditions d'Organisations, 483 p.

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS, 2000 à 2005, *Rapport financier annuel AS-471*.

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS, 2000, *Strategic Planning Recommandations 2001-2006*.

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS, 2000 à 2005, *Continuous Quality Improvement Program : Quality Tableau de bord – Quarterly Report*.

HUSELID, M.A., BECKER, B.E. et BEATTY, R.W., 2005, *The workforce scorecard- Managing the human capital to execute strategy*, Boston, HBS Press, 278 p.

HUSELID, M.A., BECKER, B.E. et ULRICH, D., 2001, *The HR scorecard – Linking People, Strategy, and Performance*, Boston, HBS Press, 256 p.

INSTITUT NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2005, *Développement d'indicateurs, analyse en évaluation, surveillance de la santé et du bien-être de la population*, Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2003, *Performance des systèmes de santé*, Gouvernement du Québec.

KAPLAN, R. et NORTON, D.P., 2001, *Comment utiliser le tableau de bord prospectif*, Paris, Éditions Organisation, 423 p.

KAPLAN, R. et NORTON, D.P., 1996, *The balanced scorecard-Translating strategy into action*, Boston, Harvard Business School Press.

LABRIE, Marc, 2005, «Comprendre et améliorer la gouvernance des organisations à but non lucratif : vers un appart des tableaux de bord ?», *Gestion*, Vol. 30, no. 1, 78-86.

LOUART, P., 1996, «Enjeux et mesures d'une GRH performante», in Fericelli, A.-M et Sire, B. (dir.), *Performances et ressources humaines*, Éd. Économica, Paris, pp.1-15.

LYNCH, R.L. et CROSS, K. F, 1994, *Measure Up; Yardsticks for Continuous Improvement*, Cambridge, Blackwell Business.

MALO, F.B., LABADIE, R., et ROULEAU, R., 2004, « Les tableaux de bord de gestion : leur utilité et leurs limites », *Organisation et territoire*, automne, p.15-17.

MENDONZA, C. ZRIHEN, R., 1999, « Du balanced scorecard au tableau de pilotage », *Expansion management review*, décembre 1999, p.102-110.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan stratégique 2005-2010*, Gouvernement du Québec, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004, *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Gouvernement du Québec, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2002, *Indicateurs de gestion : Assurance salaire et santé et sécurité du travail*, Gouvernement du Québec, Québec, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1999, *Les indicateurs et le système de soins*, Gouvernement du Québec, Québec, 29 p.

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 2005, *A Provincial Health Human Resources Strategy for Ontario Hospitals*, 267 p.

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 2004, *Operational Efficiency : Comparisons of Hospitals in Ontario with Hospitals in Other Provinces*, 26 p.

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 2003, *Healthy Hospital Initiative: Promoting Health In The Healthcare Workplace*, 59 p.

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 2003, *OHA Healthy Hospital Innovators Award : Self – Assessment Tool*, 9 p.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC, L.R.Q., 2006, «Loi sur les services de santé et les services sociaux», chapitre S-4.2.

SELMER, C., 2003, *Concevoir le tableau de bord : outil de contrôle, de pilotage et d'aide à la décision*, Paris, Édition Dunrod, 289 p.

SHUTT, Judith A., 2003, «Balancing the Health Care Scorecard», *Managed Care*, septembre 2003, pp. 42-46.

SOULOU, J.Y., 1982, *Le tableau de bord des décideurs*, Paris, Éditions d'Organisation.

VÉZINA, Michel, 2006, «Gérer sans budget, est-ce possible ?», La Presse Affaires.

VOYER, Pierre, 2002, *Tableaux de bord de gestion et indicateur de performance*, 2^e édition, Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 446 p.

Formations/conférences

Université Laval, Novembre 2005, «Enjeux et mesure de la performance en relations industrielles», François Bernard Malo, Québec.

Association des cadres supérieurs en santé et services sociaux (ACSSSS), Février 2006, «Gestion de la performance et développement de tableaux de bord dans le secteur des soins de la santé», Michel Vézina, Brossard.

Ordre des conseillers en ressources humaines et en relations industrielles du Québec (ORHRI), Février 2006, «Mesurer la contribution de la fonction RH à la performance organisationnelle», Notes de cours, Pierre Joron, Montréal.

Ressources contactées/ rencontrées

Pierre Voyer

Professeur agrégé à l'ÉNAP

Expert-conseil auprès d'équipes d'identification et de réalisation d'indicateurs et de tableaux de bord de gestion dans des ministères et organismes québécois

Henriette Jacques

Professeur en gestion des services de santé et services sociaux (Université de Montréal)

Membre de la Commission canadienne d'agrément en services de santé

Denis Savage

Conseiller en économie de la santé

Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS)

Robert Bourbonnais

Hygiéniste du travail

Centre de santé et de services sociaux de Laval

Annie Bélanger

Coordonnateur de projets ressources humaines

Hôpital Sainte-Justine

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes contactées pour sondage interhospitalier

(Indicateurs SST et roulement des cadres)

1. Maurice Ouellet	CHA
2. Michel Boudreault	CHUQ
3. Céline Lafond	CHUS
4. Carolle Turcotte	CH CSL
5. Sylvie Bénard	HRM
6. Ginette Leduc	CHU Sainte-Justine
7. Élizabeth Dampolias	St-Mary
8. Renaud Vigneault	CHUM
9. Normand Rinfret	CUSM
10. Claude L'Hébreux	CHA
11. Denis Poliquin	CHUQ
12. Sasha Cardinal	CHUS
13. Jacqueline Robillard	ICM
14. Suzanne Paulhus	LGH
15. Sylvie Mallette	SST MSSS
16. Nathalie Richard	HRM
17. Rochard Piedalue	CHUM
18. Nicole Savaria	HSC06
19. Robert Gauvin	CHU Sainte-Justine
20. Élizabeth McMahan	St-Mary
21. Claude Lapointe	CHUM
22. Claude Leroux	CHUM
23. France Bacon	CHUM
24. Danielle Michaud	CHUM
25. Yves Lague	CUSM

Annexe 2 : Questionnaire distribué pour étude de «benchmarking»

(Indicateur SST et roulement des cadres)

Bonjour,

D'ici la fin de la journée du 28 février 2006, la Direction des ressources humaines de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis aimerait produire un tableau de comparaison interhospitalier concernant les deux indicateurs suivants :

***(Bien entendu, nous nous engageons à partager ces données avec tous les centres participants dans les jours qui suivront)**

A) Nombre d'accidents de travail (accidents/année)

- 1) Nous aimerions connaître le nombre d'accidents de travail total pour les années 2000-2001-2002-2003-2004-2005 (ou antérieurement si vous avez les données).
- 2) À chaque année, pouvez-vous diviser ces données selon les dossiers comportant une perte de temps et ceux qui ne comportent aucune perte de temps?
- 3) À chaque année, pouvez-vous indiquer en % les régions du corps atteintes?
- 4) À chaque année, pouvez-vous indiquer le nombre d'accidents impliquant des piqûres (aiguilles ou autres)?
- 5) À chaque année, pouvez-vous m'indiquer le nombre d'employés à l'emploi de votre établissement (y compris les employés à temps partiel, temporaires ou autres)?

B) Taux de roulement du personnel cadre (Nombre de départs/nombre de postes permanents)

- 1) Nous aimerions connaître le taux de roulement des cadres pour les années 2002-2003-2004-2005.

Merci à l'avance pour votre collaboration.

Guillaume Dumas

Stagiaire à la Direction des ressources humaines

Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis

