



Rapport de recherche

2002

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

**Balanced Scorecard : Evaluation de la performance dans un établissement  
médico-social**

---

Aymard-Martinot, Natacha; Swinarski, Zofia Huber; Morard, Bernard

**How to cite**

AYMARD-MARTINOT, Natacha, SWINARSKI, Zofia Huber, MORARD, Bernard. Balanced Scorecard : Evaluation de la performance dans un établissement médico-social. 2002

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5826>

# Balanced Scorecard : Evaluation de la performance dans un établissement médico-social

Natacha Aymard-Martinot, Zofia Huber Swinarski, Bernard Morard

**Mots clé :** Balanced Scorecard, tableaux de bord, mesures de performance, établissement médico-social

## Résumé

*La politique de santé des autorités publiques vise à rationaliser l'offre de prestations en matière d'accueil dans les EMS (établissements médico-sociaux). Cette rationalisation passe par l'établissement de normes de performance pour chaque établissement subventionné. Pour surveiller l'adéquation avec les normes, chaque établissement devrait définir quelle est sa performance réelle. Cette notion de performance s'applique à des catégories définies sur la base de prestations requises et standardisées (temps infirmier) et pour des critères de classification biologiques, psychologiques et sociaux. Bien évidemment, la réalité diffère des prestations standards, qui eux sont à la base du système de facturation et donc du financement de l'institution.*

*Dans une première partie conceptuelle, nous reviendrons sur la notion de mesures de performance au travers d'un tableau de bord particulier appelé Balanced Scorecard. Nous discuterons ensuite du concept de Balanced Scorecard en l'adaptant au secteur social qui présente trois particularités : forte asymétrie informationnelle, inélasticité de l'offre et le rationnement des ressources par le biais d'une tarification rigide.*

*Dans la seconde partie, nous centrerons la problématique sur le cas d'un EMS de grande dimension (106 lits) subventionné par l'Etat et géré par une fondation privée. Nous montrerons de quelle façon approcher la performance réelle et l'intégrer dans un Balanced Scorecard. L'analyse de performance peut mener à l'élaboration de la stratégie de cet EMS. En effet plusieurs questions de cet ordre émergent : quelle catégorie de patients (tant du point de vue humain que financier) doit-on accueillir pour coïncider au mieux avec les critères fixés par l'établissement ?, Quels indicateurs devrait-on inclure dans la Balanced Scorecard afin de maximiser le bien-être des pensionnaires tout en respectant les contraintes financières ?*

## **Introduction**

La notion de performance organisationnelle est au cœur du débat des managers actuels. Le débat s'est étendu pour couvrir la compétition et la performance dans le secteur public et en particulier celui de l'industrie de la santé publique. Jusqu'à récemment, les établissements médico-sociaux ont été financés sur la base de budgets destinés à assurer un financement adéquat de l'établissement. Suite à une rationalisation des finances publiques, le financement est devenu forfaitaire par catégorie de prestations. Ainsi, les organismes de soins ont soudainement pris conscience de l'existence de la pénurie des ressources et d'une exigence de qualité soulevant en même temps la question de performance. Ainsi, pour la première fois, ce vocabulaire de management traditionnel apparaît dans le secteur public. Cependant, le secteur de la santé présente trois spécificités : une forte asymétrie d'information, une inélasticité de l'offre et une pénurie de ressources par voie d'une politique de prix rigide. Concernant le premier point, le patient manque d'information sur les conditions d'admission, les services de soins qu'il recevra dans un établissement médico-social. L'inélasticité de l'offre peut s'expliquer de la manière suivante : les établissements médico-sociaux n'ont pas à attirer des patients car leur taux d'occupation est proche de 100 % et possèdent une liste d'attente. Cette situation montre une demande en croissance et une offre non-élastique. La question de la pénurie des ressources peut être analysée à deux niveaux : financier et technique. Au niveau technique, les centres de services médicaux sociaux doivent respecter des directives spécifiques concernant leurs services et leur qualité. Du point de vue financier, tous les prix sont fixés par les autorités politiques, l'établissement n'a donc aucune liberté de négociation dans l'évaluation et des prévisions budgétaires.

Les éléments précédents nous encouragent à repenser la notion de performance dans un environnement contraint où ni le prix ni les services ne peuvent être gérés indépendamment. Ainsi la performance ne peut pas se limiter aux seuls éléments financiers, elle doit plutôt refléter les spécificités liées au secteur. Cela nous amène à considérer l'idée d'intégrer des techniques de type "tableau de bord" pour contrôler et mesurer les différentes dimensions de l'analyse. Parmi les différentes techniques "de tableau de bord" disponibles, nous avons choisi d'utiliser l'approche "Balanced Scorecard" avec la méthode "Activity Based Costing (ABC)" pour approcher la fonction de coût. Cependant, cela entraîne à nous poser la question de la pertinence du lien entre la stratégie d'entreprise et les indicateurs utilisés pour représenter la stratégie.

Dans notre analyse, nous nous concentrerons sur la problématique de construction et de mise en place d'un Balanced Scorecard dans un établissement médico-social visant à gérer sa performance basée sur des considérations économiques nouvellement imposées. Dans la première partie de cet article nous analyserons la littérature existante concernant l'application du Balanced Scorecard au secteur de la santé. Plus loin, nous illustrerons l'ambiguïté du concept de Balanced Scorecard et proposerons une approche analytique basée sur la fonction de coût suggérée de la méthode Activity Based Costing. Dans la deuxième partie, nous aborderons la mise en place du modèle à travers une expérience dans un grand établissement médico-social suisse (EMS). Ici nous proposons un Balanced Scorecard présentant un raisonnement économique sous-jacent qui doit caractériser une utilisation efficace d'un Tableau de bord.

### **Le concept du Balanced Scorecard**

Les tableaux de bord traditionnels ne faisaient état que des indicateurs financiers. Le point de départ du Balanced Scorecard était la réaction de Kaplan et Norton à cette vision restreinte de la performance de l'entreprise ne tenant pas compte des compétences des employés, de la fidélité du client, de la rotation de personnel, ... (Kaplan, 2001). Le Balanced Scorecard, développé par Kaplan et Norton, est apparu apportant une nouvelle référence en matière de pilotage d'entreprise. Celui-ci assemble les indicateurs financiers et non-financiers donnant une image claire de ce qu'est la valeur "réelle" d'une société.

Le Balanced Scorecard considère la performance de la société sous quatre angles : financier, client, processus internes et innovation/apprentissage. Ces quatre perspectives répondent aux préoccupations de : clients, actionnaires, employés et autorités publiques. Chaque axe est représenté par un jeu d'objectifs et de mesures. "Les indicateurs représentent un équilibre entre des mesures externes pour des actionnaires et des clients et les mesures internes des processus et l'innovation / apprentissage. Le Balanced Scorecard contient des indicateurs de résultat qui déterminent si un objectif a été atteint et des indicateurs stratégiques qui peuvent définir le résultat futur d'un objectif" (Kaplan et Norton, 1996).

À l'origine, en 1992, cette approche multidimensionnelle de mesures de performance a été créée pour le secteur lucratif. Cependant, quelques années plus tard, le même concept a été adapté aux organisations à but non lucratif. Dans l'article qui a suivi un atelier international sur "le Rôle de

Comptabilité dans le Secteur publique" Dana A. Forgione (Forgione D.A., 1997) présente l'idée d'employer le Balanced Scorecard dans le secteur de la santé. Elle argumente que des nouveaux outils de gestion tels que le paiement des fournisseurs de soins par capitation ou les Groupes Homogènes de Malades, placent les fortes motivations financières en opposition avec la qualité des soins médicaux. Tout en soulignant l'intérêt d'une allocation efficace des ressources, Forgione met en évidence l'importance de la qualité des soins médicaux. Le Balanced Scorecard combine cette double exigence de montrer simultanément les indicateurs de performance tant pour la rentabilité que pour la qualité des soins.

### **La notion de Balanced Scorecard appliquée aux fournisseurs de soins**

“Il a toujours été difficile de trouver un langage commun qui pourrait être compris par les administrateurs et les fournisseurs des soins. Le Balanced Scorecard comble le fossé entre ces deux groupes de professionnels ...” (Meliones J.M., 2000). En effet, le Balanced Scorecard donne une vision plus complète des activités sanitaires que celle qui est fournie par les états financiers, devenant ainsi l'outil de prédilection pour un meilleur dialogue entre les professionnels de la santé et le personnel administratif.

Mis à part cet aspect de communication, le Balanced Scorecard contribue à définir les priorités parmi les objectifs de l'organisation. En analysant son organisation, Meliones a remarqué que la santé financière est la condition incontournable pour les améliorations de qualité: “Je me suis rendu compte que l'hôpital des enfants Duke devait commencer à penser non pas comme une institution non-lucrative dont toute perte est épongée par des subventions, mais plutôt comme une entreprise lucrative (...) Si l'hôpital ne réalisait pas une marge bénéficiaire, les médecins seraient dans l'impossibilité de remplir leur mission”. En accord avec ces assertions, nous placerons la perspective financière tout en bas de la pyramide des perspectives, comme étant la condition de la réalisation de trois autres perspectives. La structure originale du Balanced Scorecard, prévue pour des organisations lucratives, plaçait la perspective financière tout en haut de la hiérarchie. Si les trois autres perspectives étaient développées dans la bonne direction, les résultats financiers devaient suivre. Toutefois, les organisations non-lucratives ont souvent placé le client au sommet de la pyramide hiérarchique. Ce choix dépend de l'objectif à long terme de l'organisation (Kaplan, 2001).

Dans les entreprises du secteur de la santé, les relations de cause à effet entre les perspectives sont beaucoup moins claires que celles dans les entreprises lucratives. Etant donné que le patient ne paie pas le prix relatif au coût qu'il génère et que la part substantielle des revenus de ces organisations est assurée par les subventions, l'aspect financier perd son importance. Toutefois, en réaction à la diminution des ressources, la survie des entreprises du secteur de la santé dépend de plus en plus d'une bonne allocation des ressources à leur disposition. Ainsi, la perspective financière devient une contrainte dont il faut tenir compte et la base pour la réalisation de trois autres perspectives. Dans l'expérience suédoise, les quatre perspectives ne sont pas vues sous une forme hiérarchique mais comme un réseau des perspectives en équilibre. « L'équilibre a été considéré comme la stratégie pour maximiser l'utilité du patient et non pas comme moyen d'aboutir à un succès financier » (Aidemark, 2001). Toutefois, le système suédois est connu pour être très orienté vers le social – il en découle que tout déficit budgétaire serait immédiatement couvert par un subside additionnel. Ceci n'est pas le cas dans la majorité d'autres pays.

Dans ce qui précède nous avons fait allusion à deux introductions réussies du Balanced Scorecard dans des entreprises du secteur de la santé : l'expérience au Duke Children's Hospital (Meliones J., 2000) ainsi que celle dans les hôpitaux suédois (Aidemark, 2001). Toutefois, la première application, bien documentée, du concept de Balanced Scorecard auprès d'un fournisseur de soins est citée dans un rapport sur la performance relative de 89 hôpitaux de soins aigus dans la province d'Ontario au Canada. Afin de correspondre à une organisation socio-sanitaire à fonds publiques, les quatre perspectives y ont été adaptées comme suit: Performance Financière, Satisfaction du Patient, Intégration du Système et Changement et Utilisation Clinique et Résultats. Pour chaque axe, une série d'indicateurs de performance a été sélectionnée conjointement par des consultants et les principaux intéressés de chaque perspective (par exemple: les médecins, les infirmières et autre personnel médical pour la perspective « Utilisation Clinique et Résultats » (Pink G.H., McKillop I & ss, 2001).

### **Les fondements économiques du Balanced Scorecard**

Pour conclure cette brève description du Balanced Scorecard nous nous sommes demandés quelle était la logique de causalité entre les variables du Balanced Scorecard. Après avoir examiné la littérature sur le Balanced Scorecard, nous n'avons trouvé aucune information concernant la méthode utilisée pour choisir les variables représentant chacune des quatre perspectives. Insatisfaits

avec la réponse que le Balanced Scorecard est une méthode consensuelle et que les variables découlent naturellement de la stratégie de l'organisation, nous nous sommes mis à la recherche des fondements économiques implicites à l'origine du choix des variables du Balanced Scorecard.

Le Balanced Scorecard est généralement compris comme étant la transposition de la stratégie de l'organisation en objectifs opérationnels. Dans chaque organisation – lucrative ou non-lucrative - la stratégie est de créer de la valeur. Chaque décision ou manque de décision a une conséquence traduisible en de termes financiers, par exemple : le niveau de l'insatisfaction du patient (une variable du Balanced Scorecard) peut conduire à un conflit avec l'infirmière ; à son tour, l'insatisfaction de l'infirmière peut résulter en a) l'absentéisme, b) un procès contre l'hôpital pour mobbing, c) le départ de l'infirmière, ce qui requiert le recrutement et la formation d'une nouvelle infirmière. Chacune des conséquences listées mène à un coût. Ainsi, il est aisé de remarquer qu'il existe une relation implicite entre les variables du Balanced Scorecard et les composants de la fonction de coût.

En suivant l'approche méthodologique décrite par la méthode ABC, nous avons considéré une série de variables pour tester si elles jouent un rôle significatif dans la détermination du coût total. Nous définissons la fonction de coût de l'organisation comme étant fonction de variables de volume, de complexité et d'efficacité. Il est logique d'admettre que ces variables influencent probablement le niveau de coût ; nous supposons par conséquent que Balanced Scorecard doit traduire leur impact. Comme la transposition de ces variables en un Balanced Scorecard n'est pas évidente, nous devons d'abord passer par des variables représentant chaque perspective (appelé par la suite variable-perspective). Il peut y avoir plus d'une variable-perspective pour chaque variable. Nous allons donc chercher des variables-perspective pour chacun des quatre axes et trouver quelles variables constituent les inducteurs de coût les plus significatifs dans la modélisation du coût de l'organisation.

En adoptant cette méthodologie, nous pouvons écrire la fonction de coût en liant le coût total de l'organisation et les prestations effectués pour le patient. Notons :

$x_t$  : quantité de prestations réalisées au moment  $t$ , où  $t=1 \dots T$ ,

$C_t$  : coût total observe en  $t$  où  $t=1 \dots T$ ,

$\varepsilon_t$  : terme résiduel,

$a$  : terme inconnu traduisant un coût moyen.

Ainsi, nous obtenons la relation:

$$c_t = \sum_{i=1}^n a_i x_{it} + \varepsilon_t. \quad (\text{Equation 1})$$

Dans la phase suivante, à l'aide de la méthode pas-à-pas, nous avons sélectionné les variables permettant d'expliquer la fonction de coût. Ces variables ne concernent pas uniquement le nombre de patients, le coût unitaire de chaque catégorie de patient, mais également le personnel et l'organisation. Pour estimer le coût réel nous nous servons du coût standard. Nous appelons :

$a_i^*, a_i$  : coût standard et coût réel pour chaque catégorie de patients  $i$ ,

$a_i^+, a_i^-$  : niveau supérieur et inférieur du coût standard  $i$ ,

$c_t^+, c_t^-$  : niveau supérieur et inférieur du coût total  $t$ .

$$\text{Min} \sum_{i=1}^n (a_i - a_i^*)^2, \quad (\text{Equation 2})$$

$$\text{Sc} : \sum_{i=1}^n a_i x_{it} \leq c_t^+,$$

$$\sum_{i=1}^n a_i x_{it} \geq c_t^-,$$

$$a_i^- \leq a_i \leq a_i^+.$$

### Application : Description analytique de l'EMS

L'EMS LB (EMS : Etablissement Médico-Social) est une maison de retraite privée, localisée en Suisse. Cet établissement est destiné à des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de vivre à domicile et qui nécessitent des soins médicaux réguliers. Il a une capacité de 106 lits, composés de 31 chambres à deux lits et 44 chambres à un lit. Trois formules sont proposées : à la journée, courte durée et longue durée.

L'EMS LB nous a d'abord demandé de calculer le coût de leurs "produits". Nous avons élargi cet objectif en proposant d'élaborer ensemble un Balanced Scorecard construit à partir de leurs priorités actuelles. Dans ce type d'organisation nous considérons comme "produits" les catégories de patients

composées de huit classes. Pour comprendre cette classification, nous présentons dans la section suivante la méthode sur laquelle est basée cette catégorisation.

### **Classification PLAISIR**

Le début des années 1990 a été caractérisé, en Suisse, par une crise économique. Les autorités de santé publique ont été ainsi forcées de réduire leurs budgets. C'est pourquoi ils ont décidé de redéfinir les ressources allouées aux établissements pour les personnes âgées (EMS). En 1995, pour résoudre ce problème, le personnel soignant, les directions d'établissements et les assureurs-maladie ont choisi ensemble une méthode d'évaluation et de classification, précédemment employée dans le Québec, appelé PLAISIR. Par la suite, ce système a été adapté et modifié pour la Suisse.

PLAISIR (Planification Informatisée des soins Infirmiers Requis) est un système d'information clinico-administratif permettant de suivre l'évolution de l'état du patient, de ses besoins de services et de ses besoins de ressources de soins infirmiers. L'EMS héberge des patients plus ou moins dépendants, la grande majorité étant âgés de plus de 65 ans (PLAISIR, 93).

La classification PLAISIR avec une nomenclature de soins sert d'ossature à la détermination des services requis et à travers la pondération en temps des actions de soins, à la mesure des ressources requises. Ainsi ce système fournit quelque information sur les personnes âgées : leur profil bio-psycho-social (problèmes, handicaps, maladies et déficiences), le nombre de services requis (soins infirmiers et assistance) et la quantité de ressources requises mesurées en temps (temps requis pour les soins). Ces standards de soins et d'assistance doivent correspondre à ce qui est reconnu comme "une bonne pratique" dans les établissements suisses. S'ils ne correspondent pas aux soins optimaux, ils doivent assurer un bien-être au patient et une sécurité convenable. Ainsi, grâce à la méthode PLAISIR la catégorie de chaque patient, le temps infirmier nécessaire, l'âge et la durée de séjour peut être facilement définis.

### **Construction du Balanced Scorecard**

Pour l'instant, le système d'information dans l'établissement EMS est très limité. Tous les indicateurs que l'on nous a donnés, ont été réunis manuellement. Comme l'état n'exige aucune statistique clinique, aucune variable-perspective pour la perspective "Utilisation Clinique et

Résultats" n'est disponible. Quant à l'axe "Satisfaction Patient", une nouvelle loi vient d'introduire l'exigence d'enquêtes de satisfaction patient - une telle enquête sera faite plus tard cette année. Donc, nous ne pouvons pas employer le modèle d'Ontario comme tel. Les informations disponibles sont les suivantes (par trimestre sur une période de trois ans, entre janvier 1999 et décembre 2001) : perte & profit, bilan, nombre de patients dans chaque classe, nombre de patients impotents dans chaque classe, nombre de nouvelles admissions, nombre de différents types d'employés (infirmiers, animateurs, personnel hôtelier, personnel technique, personnel administratif).

Nous admettons que ces informations sont soumises à un contrôle régulier (du point de vue financier et technique) et donc que les variables sont observées sans erreur. Pour construire le Balanced Scorecard, nous avons procédé selon la méthode décrite dans le paragraphe "Les fondements économiques du Balanced Scorecard". Ainsi, nous cherchons des variables-perspective pour chacune des quatre perspectives du Balanced Scorecard. Notre équation de coût initial est une fonction composée des variables suivantes (disponibles):

Variables de volume:

- Taux d'occupation (nombre de patients/nombre de lits disponibles)
- Revenu par patient (Chiffre d'affaires / nombre de patients)

Variables de complexité:

- Taux d'impotence (nombre d'impotents / nombre de patients)
- Taux de mortalité par trimestre
- Catégorie moyenne ( $\sum(\text{catégorie des patients} * \text{nombre de patients dans chaque catégorie})/\text{nombre de patients}$ )
- Ratio d'infirmières / personnel

Variables d'efficacité:

- Ratio d'infirmières /nombre de patients
- Ratio valeur ajoutée/nombre de patients
- Ratio de valeur ajoutée/personnel
- Ratio de valeur ajoutée/Chiffre d'affaires

Après avoir éliminé les variables corrélées entre elles, nous avons éliminé de la fonction de coût des variables non-significatives pour obtenir finalement cinq variables significatives (méthode de régression pas à pas, équation 1). Ces cinq variables illustrent autant de perspectives qui peuvent être défini dans un Balanced Scorecard :

- “Ratio de valeur ajoutée/Chiffre d'affaires ” et “ Ratio valeur ajoutée/nombre de patients ” traduisent l'axe *Financier*,
- “Taux d'impotence” définit l'axe *Patient* en illustrant l'état de santé du patient
- “Taux d'occupation” définit le nombre de patients par rapport à la capacité de l'institution. Ce ratio traduit des problèmes organisationnels et représente de ce fait la variable pour la perspective *Processus*
- “Ratio infirmières /personnel” exprime l'axe *Employés*.

Ces cinq variables-perspective peuvent être illustrées par des variables dérivées de la stratégie de l'organisation. Par hypothèse, les variables et les variables-perspective doivent être fortement corrélées.

La stratégie de l'organisation est de maximiser le confort du patient et son bien-être. Néanmoins, comme il existe une contrainte financière et que plusieurs patients doivent être satisfaits, nous pouvons exprimer la stratégie de l'organisation comme étant l'optimisation des ses dépenses pour satisfaire le maximum de patients ou, en d'autre mots, fournir à tous les patients un panier de services, en tenant compte des contraintes financières liées au système de prix et à la structure légale de l'organisation. Les facteurs clés de succès formulés à partir des quatre perspectives sont : *Financier* : respecter les budgets, utilisation efficace des ressources, *Patient* : satisfaction, disponibilité, information, réception, sécurité, *Processus* : chaînes efficaces de soins et *Employés* : formation, satisfaction du travail.

La traduction de ces facteurs clés de succès en variables accessibles dans l'organisation mènent au Balanced Scorecard suivant :

<b>Financier</b>	<b>Patients</b>	<b>Processus</b>	<b>Employés</b>
- Coût moyen par catégorie de patient (PLAISIR) / jour	- Durée moyenne de séjour	- Temps infirmier consacré à chaque catégorie de patient (réel & standard)	- Taux d'absentéisme
- Valeur ajoutée par patient	- Taux de mortalité	- Application des directives PLAISIR	- Taux de rotation du personnel
- Valeur ajoutée par employé	- Taux d'insatisfaction (satisfaction)	(réel & standard)	- Formation (Coût de formation / coût total )
	- Activités sociales par patient	(réel & standard)	- Ratio du nombre d'infirmières / personnel

- Ratio valeur ajoutée / CA	- Importance des soins infirmiers (salaires du personnel infirmier / total des salaires) - Taux d'impotence (nombre d'impotents / total patients)		
-----------------------------	--	--	--

Les variables qui apparaissent dans ce Balanced Scorecard ont été choisies pour représenter la fonction de coût et capturer la stratégie de l'organisation après discussion avec le directeur de l'établissement EMS LB, le chef du personnel soignant, le chef des Ressources Humaines et le chef comptable.

Pour l'instant seulement certaines de ces variables sont disponibles. Les autres seront mises en place dans un avenir proche.

#### **Financier:**

- La variable "Coût moyen par catégorie de patient (PLAISIR) / jour". On obtient le coût moyen unitaire pour chacune des huit catégories PLAISIR. Pour l'année prochaine ces résultats seront utilisés comme coûts standards et permettront de faire des comparaisons utiles. Ces coûts devraient être calculés pour chaque trimestre.
- La variable "Valeur ajoutée par patient" peut être calculée en divisant la valeur ajoutée (VA = CA – consommations intermédiaires (sans les salaires)) par le nombre de patients.
- La variable "Valeur ajoutée par employé" peut être calculée en divisant la valeur ajoutée par le nombre d'EPT (équivalents plein temps).
- La variable " Ratio valeur ajoutée / CA " peut être calculée en divisant la valeur ajoutée par le chiffre d'affaires.

#### **Patient:**

- La variable "Durée moyenne de séjour" est disponible mais non régulièrement calculée.
- La variable "Taux de mortalité" est disponible mais non régulièrement calculée.
- La variable "Taux d'insatisfaction (satisfaction)" sera établie suite aux entretiens réguliers entre le patient, sa famille et l'infirmière responsable. Ils concerneront les sujets suivants : nourriture, services hôteliers, services infirmiers, services médicaux, activités culturelles. Un

premier questionnaire sera soumis aux pensionnaires et leurs familles en mai 2002 et devrait être reconduit 2-3 fois par année.

- La variable “Activités sociales par patient” concernera les activités culturelles des pensionnaires et tout particulièrement leur participation et degré de satisfaction.
- La variable “Importance des soins infirmiers” est disponible.
- La variable “Taux d’impotence” doit pour l’instant être calculée manuellement.

### **Processus:**

- Pour la variable “Temps infirmier consacré à chaque catégorie de patient” nous disposons de valeurs standard (calculées par la méthode PLAISIR). La connaissance des vraies valeurs requiert l’installation d’un système d’information. Cette variable ne sera donc pas connue avant une période d’environ cinq ans.
- L’“Application des directives PLAISIR” est obligatoire. La variable standard correspond aux directives. La vraie valeur n’est pas connue.

### **Employés**

- La variable “Taux d’absentéisme par service” doit être calculé manuellement.
- La variable “Rotation du personnel” doit être calculé manuellement.
- La variable “Formation” doit être mise en place.
- La variable “Ratio du nombre d’infirmières / personnel” est disponible mais non régulièrement calculée.

Une fois que tous les variables-perspective seront accessibles par le biais d’un nouveau système d’information, les corrélations entre les indicateurs et les cinq variables-perspective seront testées. C’est seulement après que le Balanced Scorecard adapté à la réalité de l’EMS LB sera défini. Pour tenir compte des évolutions de l’environnement, celui-ci sera mis à jour chaque trimestre.

### **Conclusion**

Pour conclure, le Balanced Scorecard doit nécessairement suivre une logique économique de l’organisation dans son environnement et la construction du Balanced Scorecard doit dépendre de la fonction de coût généralisée.

Si nous admettons qu'une stratégie a pour but la création de la valeur ajoutée pour l'organisation, la première conclusion nous fournit une base analytique pour la construction d'une Balanced Scorecard. La deuxième conclusion est dérivée de la conception même de la fonction de coût de type ABC, qui inclut les variables de type volumique, de complexité et celles se référant à la nature de l'organisation.

A ce niveau deux problèmes se posent : le choix des variables-perspective traduisant les variables de la fonction de coût et l'optimisation des processus. Concernant le premier point, un lien évident doit apparaître entre les indicateurs du Balanced Scorecard et les variables-perspective. Toutefois, rien ne permet d'admettre que ce choix soit définitif, étant donné que la fonction est régulièrement ré-évaluée avec de nouveaux indicateurs, la structure du Balanced Scorecard peut ainsi changer. Quand à l'optimisation des processus, la variable-clé générant le chiffre d'affaires reste le nombre de patients classifiés en catégories. Ainsi, pour obtenir des résultats financiers, le taux d'occupation et le nombre de personnel optimal, il est fondamental d'optimiser le nombre de patients par catégorie. C'est ici que réside notre prochaine étape d'analyse.

## Bibliographie

- Aidemark L-G, *The meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organization*, Financial Accountability & Management, 17 (1), February 2001, 23-40
- Commission technique intercantonal PLAISIR, *Rapport annuel*, ISE, <http://www.hospvd.ch/public/ise>
- Dahlgren J., Holmström M., Nehler H., *Activity Based Costing diffusion and adoption*, congress EAA, Athens 2001
- EROS, « PLAISIR », <http://www.erosinfo.com/plaisir/>
- Forgione D.A., *Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a "Balanced Scorecard" Approach*, Journal of Health Care Finance 1997, 24 (1), 55-58
- Hospital Report 2001: Complex Continuing Care Report 2001*
- Kaplan R.S., Norton D.P., *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*, Harvard Business School Press, 1996
- Kaplan R.S., Norton D.P., *Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management*, Accounting Horizons, 15 (2), June 2001, pp 147-160
- Kaplan R.S., *Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations*, Non-profit Management & Leadership, 11(3), Spring 2001
- Meliones J.N., *Saving Money, Saving Lives*, Harvard Business Review, November-December 2000, Vol. 78 (6), 57-65
- Pink G.H., McKillop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker G.R., *Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System*, Journal of Health Care Finance 2001, 27 (3), 1-20
- PLAISIR 93, guide des extrants*, EROS, Montréal, October 94
- Porter M., *Competitive advantage*, Free Press, New York, 1985
- Van Veen-Dirks P.M.G., Wijn M.F.C.M., *Critical Success Factors and the Balanced Scorecard, a matter of complementarity*, Congress EAA, Athens 2001
- Weber D.O., *A Better Gauge of Corporate Performance*, Health Forum Journal, May/June 2001
- Wegmann G., *Les tableaux de bord stratégiques: une instrumentation du contrôle de gestion stratégique, concepts, instrumentation et enquête*, Congress AFC, Metz 2001.