



**EHESP**

---

**Filière Directeur d'hôpital**

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **décembre 2014**

---

La Base de Reims. *Benchmarking* en Ressources Humaines  
au service du dialogue de gestion

---

**Mailys MOUGINOT**

---

## R e m e r c i e m e n t s

---

En préambule, je remercie Monsieur Michael GALY, Directeur Général du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye, d'avoir accepté d'être mon encadrant mémoire. Ses conseils et sa position de concepteur de la Base de Reims m'ont été utiles.

Je remercie mon maître de stage, Monsieur Lucien VICENZUTTI, Directeur Général Adjoint du Centre Hospitalier Universitaire de Reims, pour sa disponibilité et les conseils qu'il m'a prodigués.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Madame Anne-Laure NAVARRE, Directrice déléguée du Pôle Thoracique, Cardiaque, Vasculaire et Neurologique (TCVN) ainsi qu'au Professeur CLEMENT, Chef du Pôle TCVN, aux cadres supérieurs du Pôle et aux agents du service de Pneumologie pour avoir rendu possible l'étude de terrain sur laquelle s'appuie ce mémoire.

Je remercie enfin Madame Céline PEREIRA, Responsable du contrôle de gestion et contractualisation interne, pour sa disponibilité et pour l'accès qu'elle m'a donné aux archives de la Base, sans lequel ce travail n'aurait pu être mené. Que soit aussi vivement remercié Monsieur Brice BECHET pour ses explications précises et fort utiles.

---

## S o m m a i r e

---

Introduction .....	1
1 La création d'une base de données en ressources humaines à des fins de comparaison.....	4
1.1 Le besoin de disposer d'éléments objectifs de description de l'activité hospitalière et du personnel y concourant .....	4
1.2 Une démarche rapidement attractive à laquelle adhèrent 70% des établissements concernés .....	4
1.3 Une organisation simple et participative.....	8
1.4 Les principes généraux : volontariat, autonomie, confidentialité, concertation, rigueur.....	8
1.5 Des moyens auto-financés .....	9
2 En quoi consiste la Base de Reims ?.....	11
2.1 Elle porte sur les secteurs cliniques de MCO.....	11
2.2 Chaque campagne annuelle se déroule selon un scénario éprouvé .....	11
2.2.1 Recueil des données dans des fichiers normalisés .....	11
2.2.2 Restitution des données retraitées : indicateurs et graphiques .....	13
2.3 Confrontation par le directeur des données avec le terrain pour dépasser l'aspect purement quantitatif.....	16
2.3.1 Identifier les écarts à améliorer, les expliquer et déterminer des objectifs de performance réalistes .....	17
2.3.2 Échanger avec les établissements performants pour comprendre comment ils le sont devenus et s'inspirer des meilleures méthodes .....	19
2.3.3 Suivre les indicateurs dans le temps.....	19
2.4 Limites et critiques quant à la validité des données .....	19
2.5 Retour sur l'utilisation interne des restitutions par les établissements adhérents à la Commission benchmarking .....	20
3 Cas pratique : étude du secrétariat médical du service des Maladies respiratoires du Pôle Thoracique, Cardiologie, Vasculaire et Neurologie (TCVN).....	23
3.1 Déterminer en premier lieu le secteur sur lequel portera l'étude .....	23
3.1.1 Choisir un secteur et entamer le dialogue.....	23
3.1.2 Cibler les indicateurs pertinents pour l'étude des secrétariats médicaux .....	24
3.2 Analyse de la productivité du service des Maladies respiratoires à partir des données issues de la Base de Reims .....	26
3.2.1 Dresser un état des lieux de l'activité du service et de sa valorisation financière ...	26

3.2.2	Etudier les effectifs affectés au secteur.....	29
3.3	Produire une analyse critique des données recueillies .....	30
3.3.1	Décrire l'organisation du service et les postes occupés par les secrétaires médicales .....	30
3.3.2	Reprendre les indicateurs à l'aune des effectifs constatés sur le terrain .....	31
3.4	Elaborer des solutions ou des préconisations créatives et novatrices dans une perspective pratique d'aide à la décision .....	33
3.4.1	Points forts – points faibles identifiés par l'ANAP .....	33
3.4.2	Compléments d'analyse identifiés par le directeur.....	36
3.4.3	Interroger les bonnes pratiques en place ailleurs pour s'en inspirer.....	38
4	Quelles perspectives d'évolution pour demain ?.....	40
4.1	Accroître le nombre de participants.....	40
4.2	Donner une nouvelle orientation à la Base en l'ouvrant aux centres hospitaliers .....	40
4.3	Assurer la position dominante de la Base dans un contexte concurrentiel croissant .....	40
4.4	Articuler les réorganisations induites par le benchmarking avec les besoins des patients 42	
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	44
	Liste des annexes .....	47

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMA Assistant Médico-Administratif  
ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux  
ARS Agence Régionale de Santé  
AS Aide Soignant(e)  
ASH Agent des Services Hospitaliers  
BDE Bureau Des Entrées  
BPCO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive  
CDD Contrat à Durée Déterminée  
CH Centre Hospitalier  
CHR Centre Hospitalier Régional  
CHU Centre Hospitalier Universitaire  
CS Consultations  
CSBM Consommation de Soins et Biens Médicaux  
DG Directeurs Généraux  
DMS Durée Moyenne de Séjour  
EF Explorations Fonctionnelles  
ENCC Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune  
ETP Equivalent Temps Plein  
FCS Fichier Commun de Structure  
FHF Fédération Hospitalière de France  
FICOM Fichier COMmun de structure  
GCS Groupement de Coopération Sanitaire  
HAS Haute Autorité de Santé  
HC Hospitalisation Complète  
HDJ Hospitalisation de Jour  
HOURAA HOspitalo-Universitaire Rhône-Alpes Auvergne  
IDE Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  
IPAQSS Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
MIG Mission d'Intérêt Général  
ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
PM Personnel Médical  
PMCT Poids Moyen du Cas Traité  
PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PNM Personnel Non Médical  
PU-PH Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
RDV Rendez-Vous  
RDV RenDez-Vous

RH Ressources Humaines

RSS Résumé Standard de Sortie

RUM Résumé d'Unités Médicales

ST2S Sciences et Technologies de la Santé et du Social

T2A Tarification A l'Activité

TCCM Tableaux Coûts/Case-Mix

TCVN pôle Thoracique, Cardiologie, Vasculaire et Neurologique

TIM Technicien d'Information Médicale

UCA Unité de Chirurgie Ambulatoire

UF Unité Fonctionnelle

UMA Unité de Médecine Ambulatoire

## Introduction

Chaque année, les soins hospitaliers occupent le premier poste de dépenses au sein de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)<sup>1</sup> et ne cessent de croître<sup>2</sup>. Bien que la part restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires augmente inexorablement<sup>3</sup>, elle reste minime puisque la sécurité sociale contribue à son financement à hauteur de 91%. L'origine publique des fonds, couplée au déficit récurrent des comptes sociaux, justifie que des acteurs comme la Cour des Comptes, notamment, enquêtent sur les sources d'économies potentielles et identifient des points d'amélioration organisationnels possibles.

Compte tenu de la prépondérance des dépenses de personnel dans le budget global d'un établissement de santé<sup>4</sup>, la Cour, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014, se penche sur les dépenses de personnel médical et non médical des établissements de santé publics et privés à but lucratif et recommande d'établir des comparaisons dans ce domaine<sup>5</sup>.

En effet, l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a occasionné une raréfaction des ressources financières et eu des répercussions majeures sur le pilotage, l'organisation et la gestion des établissements de santé. L'enveloppe macro-économique qu'est l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté par le Parlement, est fermée. La T2A permet une répartition à l'activité, allouée aux établissements hospitaliers selon des tarifs nationaux. Lors de chaque campagne budgétaire annuelle, ces derniers sont déterminés grâce à l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC), qui est en elle-même une méthode de benchmarking des coûts et de financement par comparaison. Ces tarifs constituent, pour chaque acte donné, une ressource identique pour tous les établissements, autrement dit un coût moyen optimal qui ne tient pas compte des moyens mis en œuvre. Il revient donc aux établissements, privés comme publics, d'analyser leurs coûts de production des soins et de les faire tendre vers les tarifs nationaux en recourant par exemple aux tableaux coûts/case-mix (TCCM) du guide de comptabilité analytique.

Puisque le premier poste de dépenses d'un établissement de santé porte sur le titre 1<sup>6</sup> (personnel), il est certain que ce secteur est scruté par la direction de l'établissement, afin d'en assurer un pilotage fin et réactif selon les niveaux d'activité. Se posent alors deux questions principales :

---

<sup>1</sup> 46,4% de la CSBM, soit 86,7 milliards d'euros en 2013, dont 66,6% dans le secteur public. Source : DREES, *Comptes nationaux de la santé 2013*. Edition 2014, Collection Etudes et statistiques, 241p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2012,11229.html> page 32.

<sup>2</sup> Que ce soit en valeur (+2,8% en 2013) ou en volume (+2% en 2013).

<sup>3</sup> DREES, *Comptes nationaux de la santé 2013*. Edition 2014, Collection Etudes et statistiques, 241p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2012,11229.html> page 86.

<sup>4</sup> 57% des dépenses de l'assurance maladie sont affectées au personnel hospitalier. Cour des Comptes, *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, p.411.

<sup>5</sup> Cour des Comptes, *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, 673p.

<sup>6</sup> DGFIP, titre 1 « charges de personnel », comptes de résultats principaux des établissements publics de santé, cité par Cour des Comptes, *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, p.411.

comment un directeur d'hôpital peut-il quantifier l'activité produite (output) par la ressource mobilisée (input) et comment peut-il mesurer son degré de performance ?

C'est ce que permet le benchmarking. Le *benchmarking* ou « parangonnage » en Français, consiste à « comparer ses propres pratiques avec celles des concurrents qui réussissent le mieux dans le domaine concerné »<sup>7</sup>. Conceptualisé dans les années 1970 aux Etats-Unis par la société Xérox, il s'agissait d'abord de comparer des niveaux de production et des résultats financiers à un indicateur de référence, le repère ou « benchmark », puis de mettre en œuvre les moyens de gagner en efficience.

Ce dispositif d'évaluation comparative a connu une évolution structurelle dans son application au monde de la santé, où il fut appliqué pour la première fois aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Belgique à la fin des années 1990 pour répondre à un besoin de rationalisation du financement des hôpitaux. En France, il fait son apparition dans la presse en 1998 (parution du premier *Palmarès des Hôpitaux du Point*) avant d'être utilisé par l'administration française en 2004 afin de développer le tableau de bord des infections nosocomiales et les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)<sup>8</sup>.

Alors que dans le domaine industriel le benchmarking se bornait à être un outil d'auto-évaluation et d'aide à la décision basé sur la comparaison de résultats de la performance pour identifier les écarts, il s'est élargi, dans le domaine de la santé, à l'analyse des processus et des facteurs de succès. L'aspect qualitatif s'est développé, en sus de l'aspect quantitatif. Dernièrement, les auteurs d'une revue de littérature menée sur le sujet en 2011 identifient une nouvelle évolution, tournée vers la satisfaction des attentes des patients<sup>9</sup>.

La Base de Reims, créée en 2008 par le centre hospitalier universitaire (CHU) éponyme, en est la première application dans le domaine des ressources humaines. Elle est pourtant méconnue des décideurs en santé et quasi absente de la littérature grise<sup>10</sup>. Dans l'optique d'aider le directeur à prendre une décision juste et étayée, cet outil de gestion permet d'obtenir des données quantifiables décrivant la performance (effectifs rapportés à la « production » de soins) et de comparer celle-ci à des établissements réalisant les mêmes activités.

Cette étude est découpée en quatre temps : tout d'abord, une description de la Base de Reims (I) et de ses modalités de fonctionnement (II), puis une mise en pratique en prenant pour exemple une structure interne du CHU de Reims dont les indicateurs font apparaître des marges de progression (III), et enfin une réflexion sur le devenir de la base (IV).

---

<sup>7</sup> Louis BREULS DE TIECKEN, « Benchmarking : se comparer c'est s'améliorer », in Revue hospitalière de France, FHF, N°511, p.55-59.

<sup>8</sup> BRUNO Isabelle et Emmanuel DIDIER, Benchmarking. *L'Etat sous pression statistique*, Paris, La Découverte, coll. Zones, Mars 2013, 250p.

<sup>9</sup> ETTORCHI-TARDY Amina, LEVIF Marie et Philippe MICHEL, « Le Benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé », in Pratiques et Organisation des Soins, CNAMTS, Editions de la Société française de santé publique, n°1 vol. 42, janvier-mars 2011, p. 36.

<sup>10</sup> Elle n'est pas comparable à sa « grande sœur », la Base d'Angers, dont le rattachement au ministère de la santé lui a permis de revêtir un caractère obligatoire. Cet autre outil de benchmarking en santé porte sur un registre différent, à savoir les coûts des activités entrant dans le champ des charges indirectes des établissements. Elle produit des données financières et qualitatives relatives aux activités de logistique et gestion générale, aux activités médico-techniques et aux activités de logistique médicale. 200 établissements (CH et CHU) y contribuent. Les deux bases sont complémentaires.



## **1 La création d'une base de données en ressources humaines à des fins de comparaison**

### **1.1 Le besoin de disposer d'éléments objectifs de description de l'activité hospitalière et du personnel y concourant**

En 2009, le CHU de Reims a dû entamer un plan de retour à l'équilibre financier, dont la durée était estimée à 3 ou 4 ans. Or, l'équipe de direction manquait de visibilité sur l'activité des services et avait besoin de connaître la situation en terme d'effectifs de chacun des secteurs d'activité clinique et médico-technique de l'établissement afin d'agir de manière différenciée et objective.

Le directeur général adjoint a ainsi eu l'idée d'analyser les ressources non médicales et médicales disponibles pour mesurer la performance médico-économique et organisationnelle des activités auxquelles elles concourent. Une fois connue, celle-ci pourrait être comparée avec la performance d'autres établissements, secteur clinique par secteur clinique, afin de déterminer le positionnement du CHU de Reims. Enfin, à partir des données agrégées dans la base serait calculé pour chaque indicateur, un niveau optimum d'activité.

6 CHU-CHR ont adhéré à cette idée en signant la convention constitutive : CHU de Lille, Montpellier, Angers, Poitiers, Reims et le CHR de Metz-Thionville.

Répété chaque année depuis et élargi aujourd'hui à 22 CHU/CHR, le recueil de ces données et l'analyse qui en découle constituent ce que l'on appelle la Base de Reims. Il faut y ajouter un deuxième élément apparu en 2012 à la demande des établissements membres : une étude comparative plus qualitative, sur un secteur donné et transversal, sans toutefois doubler les données issues de la Base d'Angers. Elle a porté en 2012 sur la chirurgie ambulatoire et en 2013 sur les laboratoires de biologie médicale et anatomo-pathologie.

Enfin, en 2012, cet outil complet d'amélioration de l'efficacité des organisations a été intégré à la Conférence des Directeurs Généraux de CHU/CHR. La Base a alors changé de dénomination pour devenir la Commission Benchmarking de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU/CHR et Base de Reims.

### **1.2 Une démarche rapidement attractive à laquelle adhèrent 70% des établissements concernés**

La nécessité de lancer rapidement un tel outil a déterminé le nombre et le type de contributeurs potentiels. Ainsi, la Base a été circonscrite aux 32 CHU/CHR de France. Outre la similarité des activités, ces établissements sont regroupés depuis 1970 au sein de la Conférence des DG de CHU/CHR, dans le but notamment d'« améliorer le fonctionnement des CHU<sup>11</sup> ». Le concept développé par la Base s'insère tout à fait dans cet objectif, ce qui a assuré son essor.

Depuis sa création, le périmètre de la Base a cru chaque année pour compter aujourd'hui 22 CHU/CHR adhérents contributeurs. L'adhésion est volontaire et peut être suspendue ou arrêtée à tout moment. A titre d'illustration, la campagne 2014 recense un 23<sup>ème</sup> adhérent, non comptabilisé, qui a suspendu temporairement sa participation cette année pour des questions d'organisation.

Certains adhérents ont aussi fait le choix de se retirer. C'est le cas notamment de Poitiers qui a souhaité développer une solution en interne.

---

<sup>11</sup> <http://www.reseau-chu.org/directeurs-generaux/>

Ce tableau résume les adhésions successives et le périmètre de chaque étude :

Démarrage	Exercice	Restitution	Etablissements contributeurs	Nb étbs	Spécialités
2009	2008	Septembre 2010	Angers, Lille, Metz-Thionville, Montpellier, Poitiers, Reims	6	<u>Vague 1</u> : Orthopédie-traumatologie, Ophtalmologie, ORL, Neurochirurgie, Gynéco-obstétrique, Cardiologie médicale. <u>Vague 2</u> : Rhumatologie, Neurologie, Gériatrie, Endocrinologie, Dermatologie, Pneumologie.
2011	2010	1 <sup>er</sup> trimestre 2012	Amiens, Brest, Caen, Dijon, Fort-de-France, Lille, Limoges, Metz-Thionville, Nancy, Nice, Orléans, Reims, Rouen, Saint-Etienne	14	<u>Vague 1</u> : Orthopédie-traumatologie, Ophtalmologie, ORL, Neurochirurgie, Gynéco-obstétrique, Cardiologie médicale. <u>Vague 2</u> : Rhumatologie, Neurologie, Gériatrie, Endocrinologie, Dermatologie, Pneumologie. <u>Vague 3</u> Chirurgie pédiatrique, Chirurgie cardiaque, Chirurgie digestive, Hépatogastro-entérologie, Néphrologie, Urologie, <u>Vague 4</u> : Hématologie, Laboratoires, Urgences.

Août 2012	2011	Déc 2012- Janvier 2013	Amiens, Angers, AP-HM, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Dijon, Fort-de-France, La Réunion, Lille, Limoges, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Orléans, Reims, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Tours.	20	<u>Vague 1</u> : Neurochirurgie, Ophtalmologie, Pneumologie, Médecine pédiatrique, ORL, Ortho-traumatologie. <u>Vague 2</u> : Chirurgie cardiaque, Chirurgie pédiatrique, Chirurgie digestive, Gynéco-obstétrique, Hépatogastro-entérologie. <u>Vague 3</u> : Hématologie, Laboratoires de biologie médicale et anatomo-pathologie, Urgences pédiatriques, Urologie. <u>Etude thématique</u> : Chirurgie ambulatoire
2013	2012	2013	Amiens, Angers, AP-HM, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Lille, Limoges, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Orléans, Reims, Rouen, Tours. (participation suspendue : La Réunion, Toulouse)	20+2	<u>Vague 1</u> : Ortho-traumatologie, Pneumologie, Neurochirurgie. <u>Vague 2</u> : Médecine pédiatrique, Chirurgie pédiatrique, Urgences pédiatriques. <u>Vague 3</u> : Chirurgie cardiaque, Chirurgie digestive, Hépatogastro-entérologie. <u>Vague 4</u> : Gynéco-obstétrique. Urologie, Hématologie, <u>Etude thématique</u> : Biologie médicale et anatomo-pathologie.
2014	2013	Octobre – Novembre 2014	Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Hospices Civils de Lyon, La Réunion, Lille, Limoges, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Orléans, Reims, Rouen, Toulouse,	22+1	<u>Vague 1</u> : ORL, Neurochirurgie, Urologie. <u>Vague 2</u> : Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Médecine cardiovasculaire, Cardiologie. <u>Vague 3</u> : Chirurgie digestive,

			Tours. (participation suspendue : AP-HM)		<p>Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition métabolisme, Hépatologie-gastro-entérologie. <u>Vague 4</u> : Gynécologie-obstétrique, Maladies infectieuses, Gériatrie.</p> <p><u>Etude complémentaire</u> : Organisation des unités de chirurgie ambulatoire mutualisées</p>
--	--	--	--	--	---

### 1.3 Une organisation simple et participative

La Commission Benchmarking de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU/CHR et Base de Reims comporte un référent par établissement adhérent, désigné par celui-ci ainsi qu'un suppléant. Ils sont consultés sur le programme de travail et ses modifications. Le programme et le calendrier sont soumis à l'accord des référents, du Président et des Vice-présidents de la Commission.

En 2014, le Président de la Commission est M. Jean-Paul MICHELANGELI, Directeur Général du CHU de Reims et les Vice-présidents sont Mme Odile RITZ, Directrice Générale Adjointe du CHU de Besançon, M. Pascal MATHIS, Directeur Général Adjoint du CHU de Tours et M. Lucien VICENZUTTI, Directeur Général Adjoint du CHU de Reims.

En outre, un groupe de travail opérationnel composé des référents du CHU de Reims et de référents volontaires se réunit ponctuellement pour fixer les directives méthodologiques de la campagne annuelle ainsi que le thème de l'étude complémentaire.

In fine, le comité technique opérationnel, composé des contrôleurs de gestion, étudie la faisabilité technique de ces orientations et directives et se penche sur les améliorations souhaitées par les établissements quant au contenu des fichiers de travail.

### 1.4 Les principes généraux : volontariat, autonomie, confidentialité, concertation, rigueur

La participation à la Commission revêt un caractère volontaire, afin d'offrir à chaque acteur une certaine sérénité quant à son implication. Il peut faire le choix, à tout moment, de répondre partiellement (une, plusieurs ou toutes les vagues prévues), de suspendre sa participation, voire de se retirer. L'instauration d'une participation obligatoire n'a pas été retenue, car elle aurait conduit au retrait des établissements connaissant des difficultés à remplir les enquêtes. Néanmoins, il est nécessaire de disposer du plus grand nombre possible de répondants, afin de renforcer la solidité de l'analyse menée.

De même, la Base de Reims se veut indépendante de toute agence nationale ou régionale et de toute tutelle, afin de garantir aux adhérents la neutralité et la confidentialité des restitutions. D'une part cela a permis de créer très rapidement la Base, en quelques mois seulement, d'autre part les établissements participent en confiance à la collecte des données. Cela permet d'éviter l'émergence de comportements réticents et de stratégies d'acteurs de peur d'une immixtion de l'Agence régionale de santé (ARS) dans l'interprétation du positionnement de l'établissement. C'est pourquoi le recueil des données n'est pas normé et les résultats des indicateurs de positionnement ne sont pas opposables<sup>12</sup>.

La Base de Reims repose sur le principe de transparence des données entre les membres, mais de confidentialité en dehors. Les restitutions de données parviennent chaque année en intégralité

---

<sup>12</sup> A l'inverse, le fondement juridique de la Base d'Angers ou Base de données des coûts par activités non cliniques d'un établissement de santé repose sur la signature d'une convention entre le CHU d'Angers et le ministère de la Santé. De plus, elle bénéficie depuis 2005 du soutien de la Fédération hospitalière de France (FHF). Par conséquent, chaque ARS est en mesure de prendre connaissance et d'interpréter les résultats des établissements de son secteur et de demander des compléments d'information ou les causes du mauvais positionnement d'un coût donné.

aux établissements contributeurs. Chacun a ainsi la capacité de se positionner par rapport à un ou d'autres établissements et s'il le souhaite, de se rapprocher de lui afin de poursuivre et d'approfondir la comparaison. Alors que la Base d'Angers est construite sur l'anonymat des résultats et qu'un établissement ne peut connaître l'identité des meilleurs répondants, cette possibilité offerte par la Commission Benchmarking est un atout très apprécié des établissements. Elle renforce la sincérité des données et offre l'opportunité de créer des liens entre établissements de taille similaire. Pour autant, les données transmises au sein de la Commission n'ont pas vocation à en sortir, puisqu'elles ont une portée stratégique. Les données et les restitutions sont réservées à un usage interne. En effet le risque serait une perte d'attractivité de la Base, puisque le destinataire non autorisé de ces données n'aurait pas contribué à son fonctionnement, ni en moyens, ni en temps. Ainsi, si une communication est souhaitée, elle nécessite l'accord des membres et ne contient que des données anonymisées<sup>13</sup>, conformément à la charte de confidentialité signée concomitamment à la charte d'adhésion.

L'ensemble de la démarche se déroule dans la concertation, afin de faire converger les besoins des établissements vers un outil de gestion commun, dont la méthodologie est validée par tous.

Enfin, lorsque l'analyse des données d'un établissement fait apparaître des résultats atypiques, ces données font l'objet d'une vérification. Et quand moins de 3 CHU/CHR renseignent un indicateur, il est exclu de l'analyse. Cette rigueur permet de garantir la qualité de l'interprétation des résultats.

### **1.5 Des moyens auto-financés**

La Base dispose d'une autonomie institutionnelle et financière puisqu'elle est autofinancée. Ce choix a permis un lancement en quelques mois, entre l'apparition du besoin, de l'idée elle-même et la constitution de la première communauté, alors qu'un rattachement à un tuteur national aurait nécessité de longues tractations et potentiellement porté préjudice à sa pérennité.

C'est pourquoi chaque établissement adhérent contribue à part égale.

Le fonctionnement de la Base repose sur un équivalent temps plein (ETP) mis à disposition par le CHU de Reims, réparti entre ingénieur, contrôleur de gestion et secrétaire.

L'outil créé par le CHU de Reims est issu d'un besoin partagé de disposer rapidement de données objectives, fiables et précises en matière de quantification des effectifs producteurs de soins. Répétée chaque année depuis 2010, elle a su conquérir 23 des 32 CHU/CHR Français et répondre à leurs attentes.

Pourtant l'exercice est complexe et nécessite une rigueur constante et l'appropriation des résultats par l'équipe dirigeante.

---

<sup>13</sup> A l'exception de l'étude mentionnée dans le chapitre 3 de ce mémoire et pour laquelle l'autorisation des acteurs a été sollicitée, les exemples utilisés à des fins d'illustration ne permettront pas d'identifier les établissements dont ils proviennent, de manière délibérée.

## **2 En quoi consiste la Base de Reims ?**

### **2.1 Elle porte sur les secteurs cliniques de MCO**

La Base de Reims contient des indicateurs d'activité et de décompte des effectifs médicaux, soignants et administratifs des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Selon les années, le périmètre des services couverts varie<sup>14</sup>, afin de faire porter l'analyse sur des activités dont les marges de progression sont importantes. C'est ainsi que, par exemple, la pneumologie a été remplacée dans la campagne 2014 par la gériatrie.

Ponctuellement, les secteurs médico-techniques continuent d'être analysés dans le cadre de l'étude complémentaire.

D'autre part, trois types d'activité ont été d'emblée exclus :

- les services dont le type d'activité est très hétérogène ne sont pas intégrés à la Base puisque leur périmètre est variable d'un établissement à l'autre (services de médecine interne) ;
- les services normés tels que la réanimation et les soins intensifs, puisque le code de la santé publique et la détention d'une autorisation d'activité imposent de respecter des règles en matière d'effectifs ;
- les secteurs financés par une dotation globale, comme la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation.

Enfin, la détermination du sujet de l'étude comparative complémentaire nécessite de la vigilance, car elle doit apporter des éléments nouveaux sur un secteur non couvert habituellement par la Base de Reims, sans toutefois porter sur un thème traité par la Base d'Angers.

### **2.2 Chaque campagne annuelle se déroule selon un scénario éprouvé**

Le déroulement d'une enquête requiert plusieurs étapes successives :

- recueil des données,
- mise en cohérence des données, calcul des indicateurs et conception de graphiques,
- restitution des données brutes,
- validation et corrections des données si nécessaire,
- analyse des écarts atypiques,
- restitution des données consolidées,
- appropriation des résultats par le décideur.

#### **2.2.1 Recueil des données dans des fichiers normalisés**

Afin d'étaler dans le temps la tâche de collecte, il est convenu de procéder par vagues successives au cours de l'année. Une enquête annuelle est en réalité constituée de 3 ou 4 vagues, comprenant 3 ou 5 secteurs.

La méthodologie du recueil des données a fait l'objet d'un consensus, qui lui apporte robustesse et exactitude. Les données sont facilement disponibles, car issues des logiciels couramment utilisés pour la gestion courante de l'établissement.

---

<sup>14</sup> *Infra* sous-partie 1.2

Tout d'abord, chaque établissement est doté d'un fichier commun de structure (FCS<sup>15</sup>), qui découpe de manière exhaustive l'ensemble de ses activités (médicales, médico-techniques, logistiques et administratives) en unités fonctionnelles<sup>16</sup> (UF) selon une nomenclature homogène. Cet outil de comptabilité analytique hospitalière permet au contrôle de gestion de recenser sans oubli ni doublon les activités réalisées. Sa structure est homogène entre CHU/CHR. Ainsi, lorsque le CHU de Reims sollicite un établissement pour recueillir les données relatives à une activité, il obtient en retour, pour une activité donnée, un extrait du FICOM de cet établissement. Il peut ainsi identifier l'activité réalisée par type de prise en charge : hospitalisations (complète, journée, semaine), consultations et soins externes, explorations fonctionnelles, MIG, soins intensifs ou réanimation. Il peut aussi vérifier le contenu exact du périmètre de l'activité et procéder à une homogénéisation inter-établissements.

Les référents des CHU/CHR et la coordination de la Commission Benchmarking ont mis au point un outil simple de collecte de données. Il s'agit d'un fichier Excel intitulé « Fichier de recueil » comprenant cinq onglets : un fixant les consignes d'enregistrement du fichier et définissant chaque item, un pour le recueil des données d'activité et des ETP, un autre pour l'activité normée qui peut exister conjointement, un pour l'extrait du FICOM et un dernier pour le case-mix (*Infra* Annexe 1 Exemple de Fichier de recueil de données). Chaque établissement renseigne un fichier par spécialité.

Ce fichier décrit le périmètre du service, à savoir :

- les caractéristiques du service : Pôle de rattachement, type d'activité (hospitalisation, consultations externes, explorations fonctionnelles), spécificités, évolutions intervenues au cours de l'année écoulée, mission d'intérêt général (MIG), activité de recherche ;
- ses capacités d'accueil ou d'hospitalisation par type de prise en charge (hospitalisation complète, soins continus, soins intensifs, réanimation) : nombre moyen de lits et places installés sur l'année et nombre de journées-lits exploitables sur l'année (en hospitalisation complète ou hospitalisation de semaine seulement) ;

Puis il quantifie les activités réalisées (à partir de données issues du PMSI<sup>17</sup> Pilot) :

- pour les services médico-techniques : les unités d'œuvre de l'ENCC, actes de B et de P produits par les laboratoires par exemple ;
- pour les services cliniques :
  - nombre de journées d'hospitalisation et de venues en consultations,
  - entrées,
  - RUM<sup>18</sup>, RSS<sup>19</sup>, DMS<sup>20</sup>, case-mix, recettes (valorisation des RUM 100% T2A hors coefficient de transition, valorisation moyenne du cas traité),

---

<sup>15</sup> Ou FICOM Fichier COMMun de structure.

<sup>16</sup> Une unité fonctionnelle correspond au niveau fonctionnel et budgétaire. Sa dimension peut être plus ou moins grande. Il peut s'agir par exemple d'un Pôle, d'une structure interne, d'une activité précise (lithotritie par exemple) ou d'une activité financée par une MIG. Ses charges et recettes lui sont affectées directement. Selon le degré de finesse du découpage de l'activité hospitalière en UF, dépend la précision des analyses menées. Les UF donc les « tranches » d'activité ne doivent pas être trop nombreuses non plus, afin de garder une cohérence et d'assurer la maniabilité du FCS.

<sup>17</sup> PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

<sup>18</sup> RUM : Résumé d'Unités Médicales. La valorisation à prendre en compte est celle 100% T2A des RUM. Elle peut varier en fonction des choix de répartition des séjours multi-unités opérés par les établissements.

- Consultations externes et explorations fonctionnelles réalisées en externe,
- Consultations externes et explorations fonctionnelles réalisées en hospitalisation.

Enfin, il renseigne l'affectation pour chaque activité des ressources humaines y concourant :

- personnel non médical :
  - ETP moyens réels de l'année, physiques, hors effectifs affectés à une mission d'intérêt général (MIG). Un ETP à 80% sera comptabilisé comme 0,80 ETP.
  - titulaires et contractuels, non compris les personnels en arrêt maladie longue durée, congé maternité, temps syndical... afin d'être cohérent avec l'ENCC mais comprenant les agents du pool de remplacement intervenants dans le service pour pallier les absences de longue durée,
  - par grade : administratifs (secrétaire médicale, assistant médico-administratif, adjoint des cadres et agents administratifs intervenant dans une fonction de secrétariat), IDE, AS, ASH, cadres et cadres supérieurs de santé.
  - taux d'absentéisme en % pour les IDE, AS et le personnel de secrétariat.
- personnel médical :
  - ETP moyens réels de l'année, physiques, hors effectif affecté à une mission d'intérêt général (MIG). Un praticien hopitalo-universitaires est compté à hauteur de 0,5 ETP.
  - titulaires et contractuels,
  - en distinguant les ETP Senior (tous grades, y compris attachés et associés) des ETP internes et faisant fonction d'internes.

Une notice explicative indique aux assistants de gestion les choix retenus par le Comité technique opérationnel et qui doivent être suivis par tous. Ils portent par exemple sur la manière de comptabiliser la prise en charge ambulatoire quand elle est réalisée dans des unités mutualisées (UCA), les soins intensifs lorsqu'il n'est pas possible de les isoler au sein d'un secteur d'hospitalisation ou encore l'inclusion des effectifs affectés sur un pool et travaillant pour un secteur analysé.

### **2.2.2 Restitution des données retraitées : indicateurs et graphiques**

Une fois les données obtenues consolidées et uniformisées dans leur présentation, elles sont mises en commun dans un fichier unique de restitution par secteur d'activité. S'ensuit une vérification de cohérence de l'ensemble, afin d'identifier des écarts éventuellement anormaux et corriger les données sources ou justifier le fait qu'ils proviennent de situations spécifiques.

A partir de cette étape, les données sont complètes et fiables. Elles peuvent être travaillées par la Commission Benchmarking pour calculer les indicateurs. L'application de coefficients de proportionnalité permet d'obtenir des données comparables.

La Base de Reims comporte quatre sortes d'indicateurs :

- indicateurs de dimensionnement de l'activité,
- indicateurs de productivité ou de charge de travail,
- indicateurs médico-économiques,

---

<sup>19</sup> RSS : Résumé Standard de Sortie.

<sup>20</sup> DMS : Durée Moyenne de Séjour.

- indicateurs d'encadrement.

Dans le fichier de restitution (*Infra* Annexe 2 Extraits d'un Fichier de restitution), chaque établissement obtient ainsi communication des indicateurs, les siens comme ceux des autres CHU/CHR, ainsi que la médiane<sup>21</sup> et deux valeurs de dispersion autour de cette médiane, à savoir le premier et le troisième quartile. Ces quartiles correspondent aux quatre groupes de dimension égale de la population observée<sup>22</sup>. Des graphiques reprenant ces informations sont également fournis, ainsi qu'une synthèse de la vague.

Les indicateurs sont calculés par type de prise en charge lorsqu'il est possible de les distinguer et à défaut pour l'ensemble du service.

- Indicateurs de dimensionnement de l'activité :

- nombre d'ETP Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), aide soignant (AS), IDE et AS, Senior et Personnel Médical (PM) pour 30 lits et places tous types de prise en charge confondus ;

- nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS pour 30 lits et places d'hospitalisation seulement.

- Indicateurs de productivité ou de charge de travail :

- nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS, Senior et PM pour 1000 journées d'hospitalisation et venues, tous types de prise en charge confondus ;

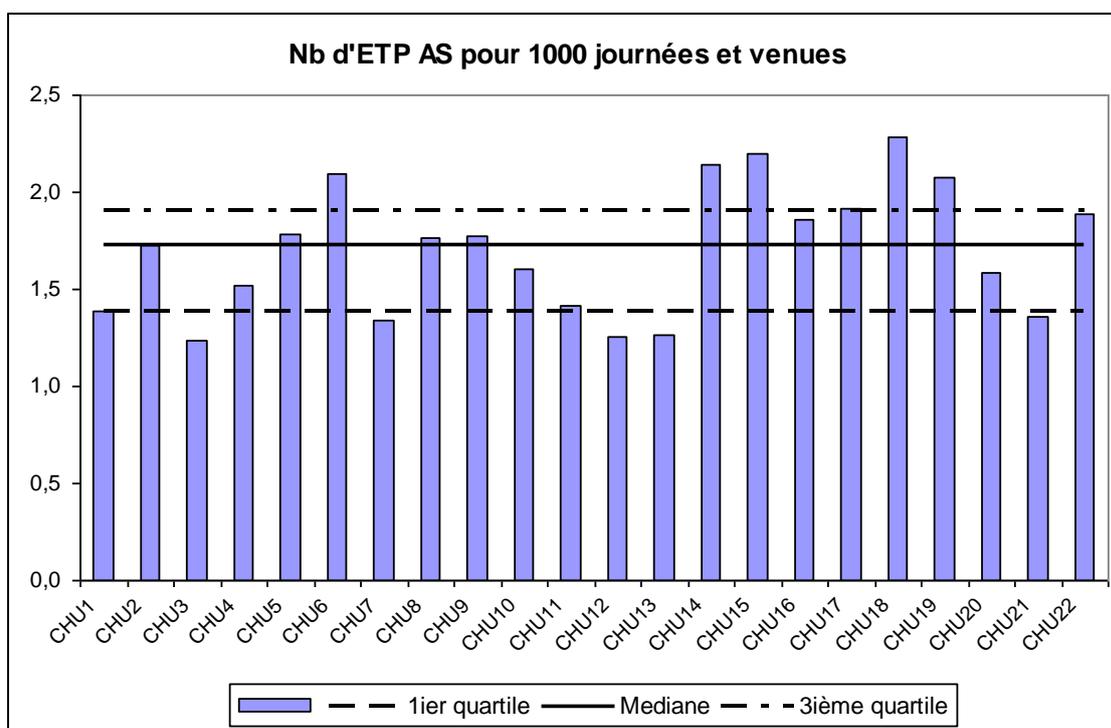


Figure 1 Exemple d'indicateur médico-économique : nombre d'ETP AS pour 1000 journées et venues<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Elle sépare les données en deux groupes de taille identique.

<sup>22</sup> Sachant que la médiane divise le groupe en deux sous-groupes (50% des données inférieures à la médiane, 50% supérieures à la médiane), le premier et le troisième quartile séparent ces deux groupes en deux nouveaux sous-groupes. Le premier quartile est la modalité telle que 25% des observations lui sont inférieures et 75% des observations lui sont supérieures. Le troisième quartile est la modalité telle que 75% des observations lui sont inférieures et 25% des observations lui sont supérieures. GROLIER, Jacques, *Statistique et mathématique financière compatibles EPRD, T2A et ENCC. Outils d'aide à la décision pour le manager d'établissement sanitaire et social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 3<sup>ème</sup> éd., 2010, 376p.

<sup>23</sup> Extrait de GALY Michael et Céline PEREIRA, *La Base de Reims : le benchmarking externe comme outil du dialogue interne de gestion*, Reims, [Document de travail : proposition de communication aux Universités d'été de la performance en santé], 2013.

- nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS pour 1000 journées d'hospitalisation et venues en hospitalisation seulement,
- nombre d'ETP administratifs, Senior et PM pour 1000 RUM, tous types de prise en charge confondus ;
- nombre d'ETP administratifs pour 1000 RUM, hospitalisations seulement.

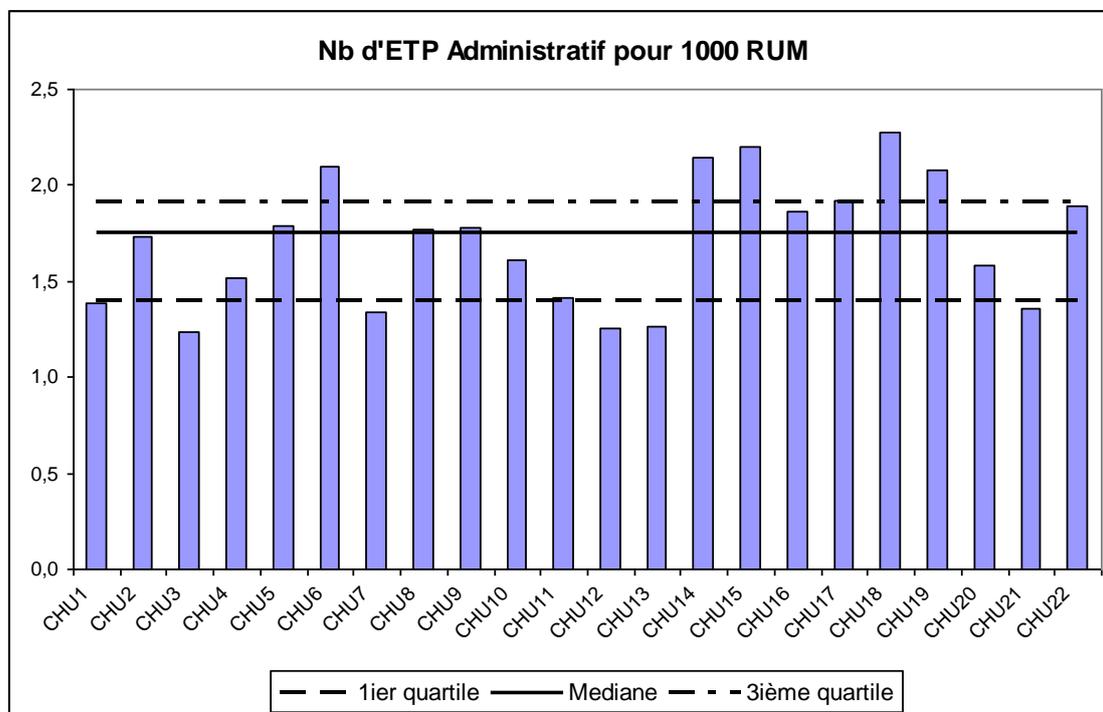


Figure 2 Exemple d'indicateur de productivité des secrétariats administratifs<sup>24</sup>

- Indicateurs médico-économiques ou de valorisation de l'activité :
  - nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS, administratifs, Senior et PM pour 1 million de recettes T2A, tous types de prise en charge confondus ;

<sup>24</sup> Extrait de GALY Michael et Céline PEREIRA, *Op. Cit.*

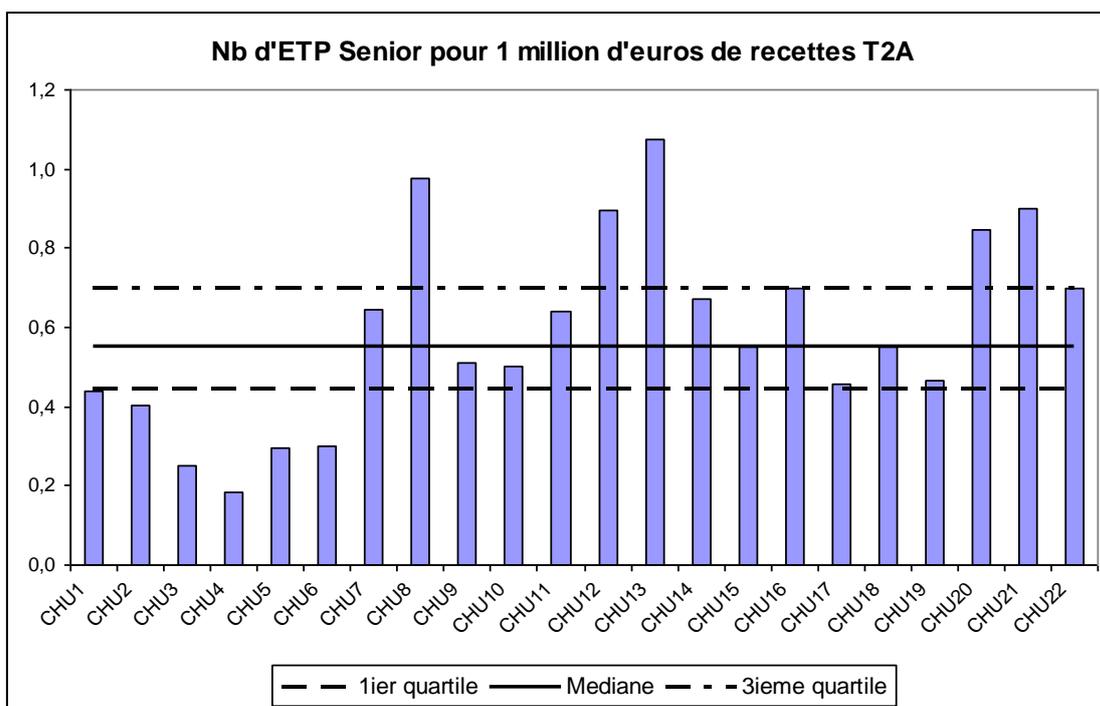


Figure 3 Exemple d'indicateur médico-économique : nombre d'ETP Senior pour 1 million d'euros de recettes T2A<sup>25</sup>

- nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS, administratifs pour 1 million de recettes T2A, en hospitalisation uniquement ;
- nombre d'ETP IDE, AS, IDE et AS, administratifs, Senior et PM pour 1 million de recettes T2A et recettes externes, tous types de prise en charge confondus ;
  - Indicateurs d'encadrement :
    - nombre d'ETP IDE et AS pour un ETP cadre ;
    - nombre d'ETP Personnel Non Médical (PNM) pour un ETP cadre.

### 2.3 Confrontation par le directeur des données avec le terrain pour dépasser l'aspect purement quantitatif

Les établissements adhérents sont libres d'utiliser les résultats de l'enquête annuelle.

Le rôle du CHU de Reims, collecteur de données et fournisseur d'indicateurs, s'arrête à ce stade. Il revient ensuite à chaque établissement de s'approprier ces indicateurs pour les interpréter.

Au sein de chaque établissement contributeur, le contrôle de gestion tient ces éléments à la disposition de l'équipe de direction. Les indicateurs obtenus peuvent intéresser plusieurs directions (direction générale, direction des ressources humaines, direction des soins, direction des affaires médicales, direction des finances et directeurs délégués de pôle), mais aussi le trio de Pôle (directeur délégué de Pôle, chef de Pôle, cadre supérieur de Pôle) du secteur analysé. Les résultats peuvent être utilisés unilatéralement ou bien lors du dialogue de gestion avec les Pôles et les structures internes.

<sup>25</sup> *Idem*

Pour autant, le fait de disposer des données d'établissements similaires et d'indicateurs de positionnement n'est pas suffisant, encore faut-il entamer la seconde partie du benchmarking, qui tient en quatre étapes :

- identifier les secteurs ou types de prise en charge qui doivent particulièrement être étudiés pour en améliorer la performance et interroger sur le terrain les processus internes mis en œuvre pour comprendre les résultats obtenus ;
- déterminer des objectifs de performance réalistes ;
- échanger avec les établissements performants pour comprendre comment ils le sont devenus et s'inspirer des méthodes qui ont montré leur efficacité ;
- poursuivre l'analyse *a posteriori*, afin de mesurer l'efficacité des modifications apportées et l'atteinte des objectifs de performance fixés. Elle est rendue possible grâce à l'annualité de la Base.

### **2.3.1 Identifier les écarts à améliorer, les expliquer et déterminer des objectifs de performance réalistes**

L'analyse des écarts significatifs entre les résultats d'un secteur et les données optimales indiquées par la médiane et les quartiles peut être menée de trois façons<sup>26</sup> : soit à travers les variations entre les années N et N-1, soit à travers l'étude des résultats prévus et ceux réalisés ou bien par la comparaison entre des structures similaires. Lorsqu'un établissement adhère à la Commission Benchmarking et débute sa participation, il a d'abord recours à la troisième possibilité, puis les années suivantes, peut affiner cette méthodologie en la complétant par les deux autres.

Dans tous les cas, le fait de se rapprocher du terrain et d'interroger les organisations et les pratiques est fondamental. En effet, l'interprétation des indicateurs doit être menée avec précaution puisqu'ils n'ont pas de fiabilité scientifique, mais uniquement une dimension indicative<sup>27</sup>.

La médiane et les quartiles ne constituent en rien des normes. Ils sont utilisés pour positionner les résultats d'un établissement par rapport à ces valeurs et par rapport à celles des autres établissements similaires. Cependant, des spécificités ou des contraintes locales de fonctionnement peuvent expliquer des écarts significatifs et justifier la non-utilisation de l'indicateur en question.

Il ne faut pas non plus se focaliser uniquement sur le positionnement d'un indicateur par rapport à la médiane et aux quartiles. Des facteurs endogènes comme la sévérité des cas pris en charge ou la durée moyenne de séjour peuvent améliorer ou desservir l'indicateur analysé. Notons par exemple dans les extraits de fichiers de restitution disponibles en annexe 2 page VII que le CHU 7 a une durée moyenne de séjour courte (4,59 jours) très en deçà du premier quartile donc satisfaisante et qu'elle s'explique notamment parce que les cas traités sont peu graves (23,8% de RSS de sévérité 3 ou 4, médiane à 36,8%). Pour autant, les recettes pourraient être améliorées si le taux d'occupation augmentait. Il n'est que de 90%, là où la médiane est à 92%. Le CHU 3 réalise une meilleure recette puisqu'il remplit ses lits à 98%, avec des cas plus graves (37,4%).

<sup>26</sup> JEROME Frédéric et Alexandre PAIN, *Le contrôle de gestion hospitalier. Vers un nouveau pilotage médico-économique*, p.248

<sup>27</sup> Sur ce point, un courant de pensée, le « stactivisme » a identifié et illustré les limites intrinsèques de l'exploitation des statistiques. Cf. BRUNO Isabelle, DIDIER Emmanuel et Julien PREVIAUX, *Stactivisme. Comment lutter avec des nombres*, Paris, La Découverte, Collection Hors Zones, mai 2014, 208p.

Par conséquent, un indicateur entendu isolément perd de sa fiabilité et peut être soumis à interprétation. C'est pourquoi la Commission Benchmarking inclus dans le recueil et la restitution des données des indicateurs comme le taux d'occupation du service, la DMS par RUM, le pourcentage de RSS de sévérité 3 et 4 et/ou C et D rapporté au nombre total de RSS ou encore le nombre de RUM de) égal ou supérieur à 0 jour. Poids Moyen du Cas Traité (PMCT

De la même manière, l'hétérogénéité des organisations polaires au sein des établissements ne permet pas de comparer des services strictement identiques. La présence d'une unité de chirurgie ambulatoire centralisée, l'existence de pool de pôles d'IDE, le personnel dont la fonction n'est pas en adéquation avec le grade (ASH faisant fonction de brancardier notamment), l'externalisation du nettoyage, les contraintes architecturales<sup>28</sup> posent notamment la question des périmètres pris en compte. Avant de comparer son établissement, il convient de se pencher sur ses spécificités et de rechercher des organisations similaires.

Une fois ces précautions prises lors de l'analyse des écarts, le directeur d'hôpital peut procéder à une seconde analyse comparative, en s'interrogeant sur la manière dont les activités sont menées et organisées sur le terrain dans son établissement, puis en les comparant avec celles des partenaires<sup>29</sup>. Il s'agit alors de « concrétiser l'approche budgétaire »<sup>30</sup> par un travail mené avec l'encadrement de l'équipe médicale et soignante du service concerné. Le mandat et le but recherché doivent être clairement énoncés et communiqués, car l'aspect politique d'une telle démarche n'est pas à minimiser. Elle se penche sur le cœur de l'activité hospitalière, à savoir l'efficience des équipes médicales et soignantes et le fonctionnement ou dysfonctionnement des organisations en place.

François-Xavier SCHWEYER, dans sa critique de l'ouvrage de N. BELORGEAY *L'hôpital sous pression*<sup>31</sup> s'interroge sur le processus de définition d'indicateurs de performance, qui doivent concilier pragmatisme, professionnalisme (attente de l'avis des séniors, division du travail) et bureaucratie (hiérarchie, statuts, dispositifs de vigilance). Il revient au directeur de définir des objectifs tenant compte de ces trois aspects, de manière équilibrée autant que faire se peut.

Au moment de fixer les objectifs d'évolution en termes d'organisation, de processus, d'activité et d'effectifs-cibles, il est recommandé de développer le dialogue de gestion avec le service pour qu'il s'approprie la démarche d'amélioration et la mène à son terme. Le directeur va « répartir les moyens disponibles, sur des bases objectives et équitables et par conséquent utiliser de la manière la plus efficiente les ressources confiées par la collectivité nationale ».<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Par exemple, la présence de deux services de réanimation dans l'établissement, un dans le bâtiment historique et un dans celui des années 1980, sera identifiée dans les spécificités, mais leur activité sera cumulée dans le cadre du recueil de données.

<sup>29</sup> La mise en pratique de cette partie du benchmarking fait l'objet de la troisième partie.

<sup>30</sup> JEROME Frédéric et Alexandre PAIN, *Op. Cit.*, p.253

<sup>31</sup> Cf. SCHWEYER, François-Xavier, « L'Hôpital sous pression. A propos de Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression* (La Découverte, 2011) », in *Sociologie, Comptes rendus*, 2012, mis en ligne le 29 février 2012, consulté le 25 juillet 2014. [en ligne] URL <http://sociologie.revues.org/1110>.

<sup>32</sup> GALY Michael et Céline PEREIRA, *La Base de Reims : le benchmarking externe comme outil du dialogue interne de gestion*, Reims, [Document de travail : proposition de communication aux Universités d'été de la performance en santé], 2013.

### **2.3.2 Échanger avec les établissements performants pour comprendre comment ils le sont devenus et s'inspirer des meilleures méthodes**

Le facteur concurrentiel n'est pas présent parmi les adhérents de la Commission Benchmarking. D'une part parce que le secteur de la santé est un marché régulé par les pouvoirs publics donc semi-concurrentiel et d'autre part, parce qu'à l'échelle régionale, la majorité des CHU/CHR a un bassin de recrutement n'entrant pas en concurrence avec les CHU/CHR voisins.

Comme les établissements font délibérément le choix d'intégrer la Base de Reims, ils acceptent en retour de voir leurs résultats diffusés au sein du groupe, d'être sollicités pour les besoins d'une analyse comparative plus personnalisée ou pour l'organisation de visites inter-établissements. Celles-ci permettent d'interroger les pratiques pour savoir comment les établissements efficaces obtiennent des performances supérieures.

Ainsi, l'établissement demandeur tire profit de cet apprentissage pour introduire des améliorations dans son organisation. Elles peuvent occasionner un changement de dimension d'un service, à la hausse ou à la baisse, pour tenir compte des seuils d'activité ou bien au déploiement d'un mode de prise en charge jusque-là peu développé. En parallèle, elles peuvent conduire à des redéploiements de personnel pour adapter les ressources aux besoins.

### **2.3.3 Suivre les indicateurs dans le temps**

L'ensemble de la démarche de benchmarking en ressources humaines, organisée en deux éléments indissociables (recueil de données et fourniture d'indicateurs puis interrogation des pratiques) constitue un processus d'interrogation continue de l'efficacité et de la productivité des secteurs cliniques étudiés. De la même manière que dans le domaine de la qualité, le processus n'est complet que s'il est régulièrement remis en cause et interrogé dans sa capacité à améliorer les organisations. La roue de la qualité de Deming détaille le cycle de l'amélioration continue : *Plan, Do, Check, Act*. Les meilleurs établissements comme ceux en difficulté commencent par préparer et planifier (expression du besoin d'étudier sa performance), puis agissent (fourniture des données) et vérifient (analyse comparative des indicateurs et interrogation des pratiques mises en œuvre sur le terrain) et enfin réagissent et ajustent si besoin leurs organisations, au cours d'une campagne ou sur un intervalle temporel pluri-annuel.

La Commission Benchmarking produit ainsi un outil de gestion dont l'utilisation est double : à la fois porter un diagnostic, mais aussi assurer une veille sur les évolutions attendues et réalisées.

## **2.4 Limites et critiques quant à la validité des données**

Grâce au travail produit par la Commission benchmarking et à l'exploitation des données qu'il va opérer, le directeur dispose de leviers d'action qui vont lui permettre d'élaborer un pilotage stratégique et opérationnel efficace d'un secteur ou d'un établissement.

Cependant, l'instauration d'une base de données d'envergure nationale a fait et continue de faire l'objet de critiques. Certaines ont pu être balayées grâce à la création d'outils les neutralisant, tandis que d'autres ne cesseront de se poser. Il est contre-productif de vouloir les occulter. Au contraire, les exposer permet de mieux cerner le modèle proposé et de prendre les indicateurs obtenus pour ce qu'ils sont vraiment, à savoir des outils d'aide à la prise de décision et non une panacée scientifique.

Certains se sont montrés réticents à accepter la méthode, puisqu'ils estimaient que chaque établissement est particulier et qu'il ne peut, par essence, être comparé à un autre établissement. Ce fut effectivement le cas lors de la première campagne, du fait de la taille de l'échantillon comparé, mais depuis son élargissement à 20 établissements et plus, cet argument n'est plus audible. Un établissement peut désormais beaucoup plus facilement trouver à se comparer avec un CHU ou CHR de taille similaire. Quand bien même ce ne serait pas le cas, la construction de ratios homogénéisés (par exemple nombre d'ETP IDE pour 30 lits) permet de comparer des structures de tailles hétérogènes. La prise en compte des facteurs de sévérité ou des durées moyennes de séjour dans les indicateurs contribue à éloigner ce risque. De plus, les indicateurs décrivent objectivement la situation d'un secteur donné, grâce à la taille critique atteinte par la Base.

La question s'est posée très tôt de savoir quel degré de confiance les acteurs accorderaient à la Base. Ce point, essentiel pour garantir la sincérité des données renseignées, a rapidement été levé puisque le nombre d'adhérent n'a cessé de croître et que la qualité des échanges lors des réunions de travail en témoigne.

Toutefois, des impondérables demeurent. Au regard de l'exercice délicat d'homogénéisation que requiert la Base, un établissement qui souhaite se lancer dans la démarche a besoin de disposer d'une comptabilité analytique et d'un fichier commun de structure.

D'autre part, malgré toutes les réformes décidées dans un secteur, l'établissement reste tributaire de son contexte : état de santé de son bassin de population, environnement sanitaire, enjeu politique et concurrence du privé, taille de la structure, CHU ou CHR... Ces facteurs vont influencer différemment les secteurs d'activités et sont à prendre en compte avant la définition des objectifs.

Finalement, les biais rencontrés par la Base sont connus :

- caractère indicatif des indicateurs et non normatif,
- attention portée au périmètre et à l'organisation des activités elles-mêmes, variables d'un établissement à l'autre mais homogénéisées autant que faire se peut,
- inclusion ou exclusion des activités biomédicales et logistiques externalisées ou non.

## **2.5 Retour sur l'utilisation interne des restitutions par les établissements adhérents à la Commission benchmarking**

D'après le directeur général adjoint du CHU de Reims, les résultats tirés du benchmarking ont majoritairement corroboré le ressenti des équipes médicales et soignantes. Ils ont permis d'objectiver les réflexions menées sur la définition des effectifs cibles et sur les réorganisations à mener à moyen terme.

De même, lors de la réunion annuelle des référents organisée en juin 2014, un retour sur la campagne 2013 a eu lieu pour savoir quel était le degré d'appropriation des indicateurs par chaque structure. Il en ressort des positions diverses :

- des établissements où les indicateurs ne sont pas encore admis et où la méthodologie fait l'objet de critiques. La Base de Reims leur sert de guide pour améliorer l'affectation des personnels sur les bonnes UF ;

- des établissements qui démarrent leur participation et dans lesquels l'équipe de direction et le directoire élargi commencent à s'emparer de la méthode et de la philosophie de la Base pour mettre en œuvre un Plan de retour à l'équilibre. Les indicateurs (médiane ou premier quartile) servent de points de repère pour déterminer les marges de progression ;

- et des établissements, plutôt de grande dimension, dans lesquels les effectifs ont déjà été travaillés et des changements menés et qui désormais utilisent la Base pour dégager des tendances dans le temps et simuler grâce au benchmarking le déploiement de secteurs ou de types de prise en charge ou de mutualisations susceptibles d'accroître les recettes de l'hôpital.

Au cours de cette enquête, des atouts et des axes d'amélioration ont été identifiés. Concernant les avantages, les membres se félicitent de la solidité des données, de plus en plus fiables, grâce à la taille de la Base mais aussi aux ajustements constants apportés aux fichiers de recueil et de restitution afin d'affiner la précision des indicateurs.

Ils saluent le rapport favorable entre le temps passé à remplir les fichiers de recueil et les résultats obtenus, à partir du moment où la participation devient routinière.

Les médecins accueillent favorablement les analyses comparatives menées, à partir du moment où les chiffres des indicateurs sont étudiés et validés ensemble avec la direction.

La Base est appréciée pour l'objectivation des effectifs-cibles qu'elle permet dans le dialogue de gestion direction-chef de pôle et lors des études capacitaires.

Concernant les points à améliorer, le plus délicat à gérer pour le groupe opérationnel porte sur les changements de rattachement des structures internes, qui font varier le périmètre d'une activité clinique et en empêche la comparaison. Cette situation ne pourra pas être résolue de manière entièrement satisfaisante, car chaque établissement garde évidemment la main sur son organisation et sur le découpage de son fichier commun de structure. Par contre, il est possible de gagner en précision en demandant aux établissements de mieux communiquer dans le fichier de recueil le périmètre exact de chaque UF ou secteur et les choix de rapprochement/séparations qu'ils adoptent. Enfin, les CHU/CHR membres de la Commission Benchmarking soulignent le besoin d'une affectation du personnel médical et soignant sur les UF correcte dans tous les fichiers de recueil, sous peine de fausser les indicateurs de l'ensemble du secteur.

La Commission Benchmarking a atteint depuis deux ans sa taille critique. Conceptrice d'une méthodologie concertée et exigeante, elle produit dès lors un outil d'aide à la prise de décision, objectif et pragmatique, dont les données peuvent être considérées comme robustes à condition d'en comprendre les limites et les biais.

Ces usages sont multiples, tant en matière de réorganisation des processus de production d'activités de soins que d'effectifs y concourant.

### 3 Cas pratique : étude du secrétariat médical du service des Maladies respiratoires du Pôle Thoracique, Cardiologie, Vasculaire et Neurologie (TCVN)

Puisqu'à ce stade le directeur dispose d'éléments chiffrés sur les secteurs étudiés par la campagne annuelle de la Commission Benchmarking, il est en mesure de définir des axes d'amélioration, le cas échéant.

Je me place désormais dans la position d'un directeur délégué de Pôle qui souhaite étudier une catégorie de professionnels dans un secteur donné.

#### 3.1 Déterminer en premier lieu le secteur sur lequel portera l'étude

##### 3.1.1 Choisir un secteur et entamer le dialogue

Dans un premier temps, j'ai compilé les indicateurs relatifs au personnel administratif<sup>33</sup> des 11 secteurs analysés au cours de l'exercice 2011<sup>34</sup>, puis comparé ces derniers à la médiane et aux quartiles. Les écarts ont ainsi été identifiés et mesurés, en utilisant un code couleur :

- vert : la valeur de l'indicateur de Reims est inférieure ou égale à la médiane,
- orange : elle est supérieure à la médiane mais inférieure ou égale au 3ème quartile,
- rouge : elle est supérieure au 3ème quartile.

A titre d'exemple, la représentation graphique de l'indicateur « Nombre d'ETP administratifs pour 1000 RUM » est la suivante, d'abord sur l'ensemble de l'activité, puis sur l'activité d'hospitalisation uniquement :

Spécialité	Valeur ensemble du sce	1er quartile	Médiane	3e quartile	Valeur hospitalisation	1er quartile	Médiane	3e quartile
N.	3,3	2,3	3,1	3,5	0,8	0,4	0,9	1,1
N.	1,8	1,8	1,9	2,9	1,0	0,8	1,1	1,9
N.	6,2	1,9	3,4	6,2	1,4	0,4	0,8	1,3
N.	2,8	2,1	2,5	2,7	2,3	0,7	1,1	1,8
N.	2,1	1,4	1,9	2,1	0,9	0,5	0,7	1,1
N.	1,8	1,6	1,8	2,1	1,3	0,9	1,2	1,6
N.	3,2	1,8	1,8	2,6	1,8	0,8	1,3	1,8
N.	1,4	1,4	1,7	2,3	1,1	0,2	1,0	1,5
N.	1,9	1,0	1,3	1,5	0,6	0,4	0,5	0,6
N.	2,1	1,3	1,6	2,0	0,7	0,3	0,6	1,3
N.	0,8	0,9	1,1	1,4	0,7	0,5	0,7	1,1
N.	0,4	0,4	0,4	0,6	0,2	0,2	0,3	0,4
N.	2,5	1,6	1,9	2,5	1,1	0,7	0,9	1,7

Reproduite pour chacun des 9 indicateurs disponibles, cette méthode a identifié et classé 5 secteurs totalisant chacun entre 5 et 2 indicateurs dans la zone rouge, les secteurs restants étant cités 1 fois.

Puis un choix a été opéré en concertation avec les directrices déléguées des Pôles concernés. Deux Pôles ont été écartés car un travail sur les effectifs était déjà en cours. Contacté, le Pôle suivant totalisant le plus d'indicateurs en zone rouge a refusé mon intervention. Pour finir, le Chef

<sup>33</sup> La notice explicative du fichier de recueil précise en effet que cette catégorie d'agents englobe « l'ensemble des personnels administratifs (secrétaires, adjoints des cadres, adjoints administratifs) dans une fonction de secrétariat ».

<sup>34</sup> Dernier exercice disponible en juin 2014 au démarrage de l'étude.

du Pôle Thoracique, Cardiologie, Vasculaire et Neurologie (TCVN) ainsi que les deux cadres supérieurs du Pôle ont accepté que j'étudie les Maladies respiratoires, pour laquelle 2 indicateurs seulement étaient dans la zone « rouge ».

Je retiens de ces difficultés que le fait de se pencher sur les organisations et processus de travail n'est pas anodin. Les interlocuteurs rencontrés hésitent à les dévoiler à un acteur extérieur, directeur qui plus est, de peur des conséquences. Il est vrai qu'ils ont vécu un Plan de retour à l'équilibre qui a laissé des traces et crispé toute allusion aux effectifs-cibles, d'autant plus que les personnels administratifs ont été les plus touchés. En outre, certains acteurs font part d'une hostilité devant tout changement se rapportant aux organisations et conditions de travail, tout particulièrement en matière de secrétariat médical. Le binôme formé par le médecin et « sa » secrétaire, classique en cabinet libéral, perdure dans quelques services de l'hôpital, alors que dans d'autres, une mutualisation entre types de prise en charge (hospitalisations et consultations) a été mise en place pour développer les compétences des secrétaires et améliorer l'accueil du patient et l'efficacité.

### **3.1.2 Cibler les indicateurs pertinents pour l'étude des secrétariats médicaux**

Au moment de débiter l'analyse des indicateurs du service des Maladies respiratoires, la campagne relative à l'exercice 2012 a été publiée. Les données évoquées désormais en sont donc extraites.

Deux types de données vont m'être utiles : d'une part les données relatives à l'activité (tenant compte des spécificités déclarées dans le fichier de recueil), d'autre part les indicateurs relatifs au personnel administratif. Il s'agit :

- tous types de prise en charge :

- Nombre d'ETP administratif pour 1000 RUM,
- Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes T2A,
- Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes (T2A et recettes externes).

- activité réalisée en hospitalisation :

- Nombre d'ETP administratif pour 1000 RUM,
- Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes T2A.

- activité réalisée en externe :

- Nombre d'ETP administratif pour 10 000 venues en consultations et soins externes,
- Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes externes en consultations et soins externes.

- activité réalisée en explorations fonctionnelles :

- Nombre d'ETP administratif pour 100 000 ICR<sup>35</sup>,
- Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes externes en explorations fonctionnelles.

Le relevé des indicateurs est présenté ci-dessous dans des tableaux récapitulatifs, précisant les médiane et quartiles respectifs.

---

<sup>35</sup> Indice des coûts relatifs Cet indice est une « clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier son quota des coûts totaux annuels des unités médicotechniques (bloc opératoire, réanimation, exploration fonctionnelle, imagerie) en fonction des actes pratiqués. » Source ATIH 2012 [En ligne] [www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1210/Presentation-ICR.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1210/Presentation-ICR.pdf).

Tous types de prise en charge :		REIMS 2011	1er quartile	Médiane	3e quartile	Reims 2012	1er quartile	Médiane	3e quartile
	Nombre d'ETP administratif pour 1000 RUM	2,1	1,4	1,9	2,1	2,5	1,2	1,6	1,8
	Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes T2A	1,6	0,8	1,2	1,3	2	0,8	1	1,2
	Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes (T2A et recettes externes)	1,5	0,8	1,1	1,3	1,8	0,8	0,9	1,1

Activité réalisée en hospitalisation :		REIMS 2011	1er quartile	Médiane	3e quartile	Reims 2012	1er quartile	Médiane	3e quartile
	Nombre d'ETP administratif pour 1000 RUM	0,9	0,5	0,7	1,1	1,1	0,5	0,7	1,1
	Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes T2A	0,7	0,3	0,4	0,7	0,8	0,3	0,4	0,7

Activité réalisée en externe :		REIMS 2011	1er quartile	Médiane	3e quartile	Reims 2012	1er quartile	Médiane	3e quartile
	Nombre d'ETP administratif pour 10 000 venues en consultations et soins externes	3	3	4	5	5,4	3,7	4	4,9
	Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes externes en consultations et soins externes					17,3	9,3	13,6	15,9

Activité réalisée en explorations fonctionnelles :		REIMS 2011	1er quartile	Médiane	3e quartile	Reims 2012	1er quartile	Médiane	3e quartile
	Nombre d'ETP administratif pour 100 000 ICR					0,3	0	0,1	0,5
	Nombre d'ETP administratif pour 1 million d'euros de recettes externes en explorations fonctionnelles		Non disponible			1,7	0	1,1	5

Activité réalisée en consultations ET explorations fonctionnelles :		REIMS 2011	1er quartile	Médiane	3e quartile
	Nombre d'ETP administratif pour 10 000 venues en consultations et EF	0,33	0,31	0,39	0,53

### 3.2 Analyse de la productivité du service des Maladies respiratoires à partir des données issues de la Base de Reims

#### 3.2.1 Dresser un état des lieux de l'activité du service et de sa valorisation financière

La structure interne<sup>36</sup> des Maladies respiratoires comprend deux disciplines : la Pneumologie et l'allergologie respiratoire. Elle prend en charge des maladies comme l'insuffisance respiratoire chronique, l'asthme, l'apnée du sommeil, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les affections tabacologiques et les cancers. L'activité est répartie entre plusieurs secteurs : consultations externes maladies respiratoires (UF 1075), consultations sommeil (UF 1076), 8 places d'hospitalisation de jour (UF 1072), 18 lits d'hospitalisation complète (UF 1070) et une unité de soins intensifs de 4 lits (UF 1073). Une activité de chirurgie ambulatoire se déroule également dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire mutualisée du CHU, tandis que les traitements des cancers respiratoires en ambulatoire sont dispensés au sein de l'Unité Médicale Ambulatoire mutualisée (UF 1074). L'activité réalisée en médecine ambulatoire est incluse dans le périmètre d'activité défini par le groupe technique opérationnel de la Commission Benchmarking<sup>37</sup>. Par contre, les activités financées par des MIG ne le sont pas<sup>38</sup>, bien qu'elles représentent une part importante de l'activité.

Ex.	Nb de lits – hospitalisation complète			Nb de places – hospitalisation de jour		Taux d'occupation réel du service				DMS (en jours)				% de RSS de sévérité 3 ou 4			
	Reims	Q1	M	Reims	M	Reims	Q1	M	Q3	Reims	Q1	M	Q3	Reims	Q1	M	Q3
2008	28			3		90%				Non disponible				Non disponible			
2010	22			9		98%	80	87	93	3,17				9,18%			
2011	22	40	44	9	6	95,4%	87,6	93	96,7	6,27	4,90	6,11	6,53	10,9%	9,6	14,3	16
2012	22	31	42	7,9 <sup>39</sup>	6	95%	87	91	97	6	5,04	5,99	6,84	36%	30,8	35,8	37,4

Légende : M = médiane, Q1 = premier quartile, Q3 = troisième quartile.

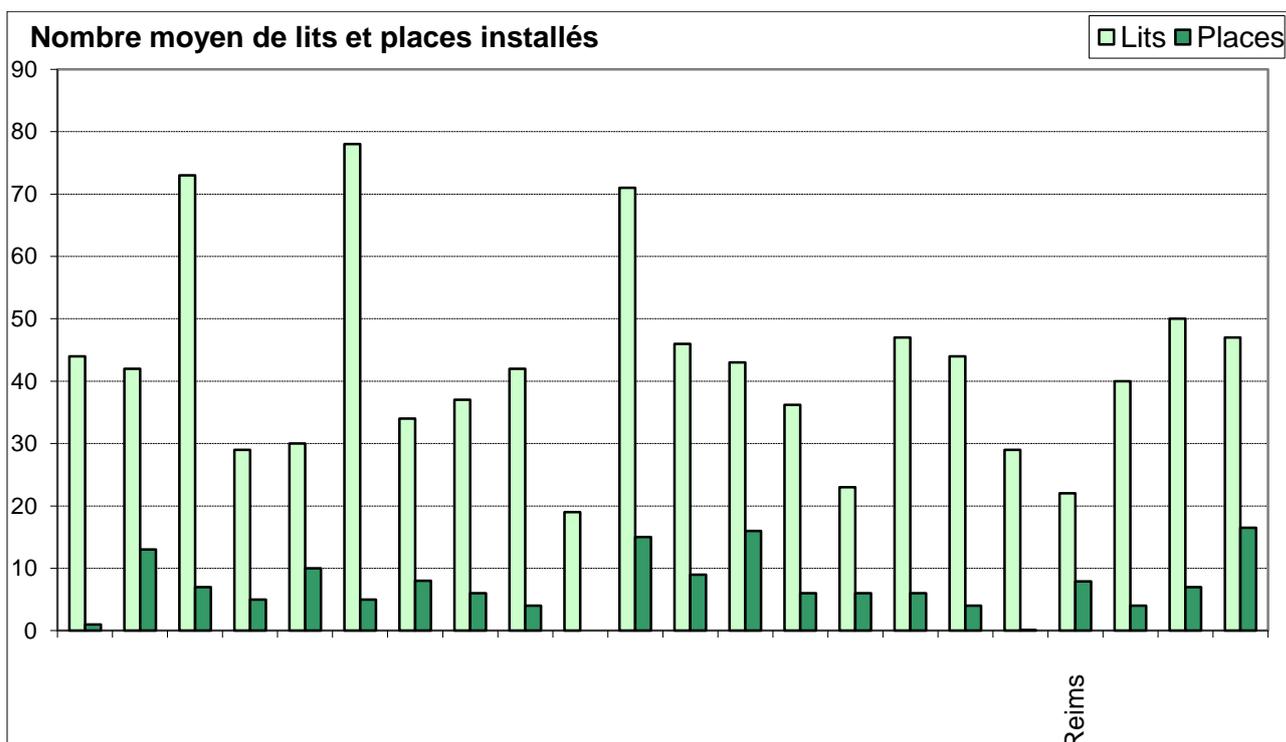
<sup>36</sup> J'utiliserai par la suite le terme de « service », plus significatif que celui de « structure interne », bien qu'il n'ait plus de consistance juridique depuis l'instauration de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>37</sup> Ce point est précisé dans la note du Fichier de restitution et dans les spécificités du Fichier de recueil. L'activité de l'UCA en 2012 est réduite à 3 RUM seulement.

<sup>38</sup> Consultations mucoviscidose, éducation thérapeutique du patient souffrant d'une broncho-pneumopathie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) et éducation thérapeutique relative au tabac.

<sup>39</sup> 6 places et 1,9 place à l'Unité de Médecine Ambulatoire.

Ce tableau fait ressortir la petite taille du service, au regard du nombre de lits, par rapport aux services de pneumologie des autres CHU. Par contre, du point de vue des places d'hospitalisation de jour, il dépasse le format médian, comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Sur les deux dernières années connues, le taux d'occupation est très convenable, puisque situé entre la médiane et le troisième quartile, d'autant plus que le degré de sévérité des cas pris en charge est élevé et que la durée moyenne de séjour est conforme à la médiane.

L'activité a tendance à augmenter pour les hospitalisations complètes (HC) (7 813 journées en 2012 contre 7 518 en 2011) et les hospitalisations de jour (2 510 en 2012, 2 358 en 2011). Par contre, le nombre de venues en consultations et soins externes varie de 7 883 en 2010, à 12 549 en 2011 pour redescendre à 10 006 en 2012 (+28% en deux ans).

La valorisation financière de l'activité réalisée est plus ou moins satisfaisante selon le type de prise en charge :

- le CHU de Reims réalise plus d'actes de consultations et d'hospitalisations de jour que les autres CHU et obtient des ressources financières parmi les mieux placées ;
- les recettes liées aux explorations fonctionnelles sont égales au montant médian ;
- à nombre de lits équivalent, le CHU réalise un peu plus d'hospitalisations complètes que la médiane, mais ne les valorise pas assez.

	Reims	Q1	M	Q3
<b>Consultations</b>				
Activité – « venues en consultations et soins externes »	10 006	4 823	7 022	8 730
Recettes « Recettes	311 848€	145 153€	177 860€	308 868€

externes en consultations et soins externes »				
	Reims	Q1	M	Q3
Hospitalisations de jour				
Activité « PMCT – PMJ (RUM = 0 jour) »	548	452	527	597
Recettes « Valorisation des RUM T2A 100%, RUM = 0 jour »	1 375 905€	636 813€	1 045 406€	1 360 562€
Hospitalisations complètes				
Activité « RUM > 0 jour »	1394	1578	2195	2599
Recettes « Valorisation des RUM T2A 100%, RUM > 0 jour »	3 595 431€	3 841 775€	4 898 060€	5 986 266€
Explorations fonctionnelles				
Recettes « Recettes externes des activités d'EF »	130 458€	80 444€	130 458€	307 676€

L'activité en consultations et en hospitalisation de jour (HDJ) est soutenue et supérieure à celle observée en moyenne dans les autres CHU. Le 3<sup>ème</sup> quartile est dépassé. Le CHU de Reims est le 4<sup>ème</sup> plus gros producteur de consultations et le 6<sup>ème</sup> pour les venues en HDJ.

Par contre, le nombre d'hospitalisations complètes et les recettes en découlant ne sont pas favorables, puisque le 1<sup>er</sup> quartile n'est pas atteint. Cela est dû à la taille du service, bien plus petite qu'ailleurs (médiane à 42 lits, alors que le CHU n'en compte que 22). Cependant, les prises en charge de cas sévères en nombre important et le respect d'une durée moyenne de séjour favorable permettent de générer des ressources importantes, rapportées à la taille de la structure.

Cette analyse permet de comparer la productivité du CHU de Reims avec celle des autres CHU. Je peux ensuite, à la lecture des graphiques produits par la Base de Reims<sup>40</sup>, identifier ceux dont le niveau de productivité est égal ou proche : s'agissant des hospitalisations de jour, M. (16 places) et B. (5 places) et pour les hospitalisations complètes (N.<sup>41</sup> 23 lits), O. (29 lits), C. (37 lits) et B. (30 lits). Cela peut me servir ultérieurement, au moment d'interroger les organisations, toutefois je constate que la dimension capacitaire du service ne détermine pas de seuils en matière d'activité et de recettes. Seule l'optimisation de la prise en charge permet d'atteindre l'efficience.

<sup>40</sup> Il ne m'est pas possible de tous les reproduire, par manque de place. Néanmoins, j'en reprends les éléments essentiels lorsqu'ils sont pertinents.

<sup>41</sup> Service des maladies respiratoires uniquement, par distinction de du deuxième service de pneumologie. Deux services différents existent au sein du CHU.

### 3.2.2 Etudier les effectifs affectés au secteur

La campagne 2012 recense 9,74 ETP<sup>42</sup> de personnel administratif de secrétariat, répartis ainsi :

- hospitalisations : 4,14, dont 0,33 exerçant à l'Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) ;
- activité externe dont les consultations : 5,38 ;
- explorations fonctionnelles : 0,22.

Le taux d'absentéisme de cette catégorie de personnel est de 2%<sup>43</sup> donc très faible. Parmi les CHU, il est compris entre 0,80 et 11%, la médiane étant de 4,6%.

Quant aux ratios entre le nombre d'agents et les soins produits, les voici présentés dans un tableau récapitulatif :

	Reims	Q1	M	Q3
Tous types de prise en charge				
Nb ETP adm. pour 1000 RUM	2,5 (2008 : 2 ; 2011 : 2,1)	1,2	1,6	1,8
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A	2 (2011 : 1,6)	0,8	1	1,2
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A et externes	1,8 (2011 : 1,6)	0,8	0,9	1,1
Agents affectés aux hospitalisations seulement				
Nb ETP adm. pour 1000 RUM	1,1 (2011 : 0,9)	0,5	0,7	1,1
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A	0,8 (2011 : 0,7)	0,3	0,4	0,7
Agents affectés aux consultations externes seulement				
Nb ETP adm. pour 1000 venues en cs et soins externes	5,4	3,7	4	4,9
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes externes en cs et soins externes	17,3	9,3	13,6	15,9
Agents affectés aux explorations fonctionnelles seulement				
Nb ETP adm. pour 100000 ICR	Non significatif à cause du coefficient de variation élevé (1,47). Il n'y a pas eu assez de répondants.			
	0,3	0	0,1	0,5
Nb ETP adm. pour 1	Non significatif à cause du coefficient de variation élevé (1,34). Il n'y a pas			

<sup>42</sup> Le calcul de ces effectifs est construit de cette façon : nombre d'ETP affectés sur les UF, auquel sont retranchées les absences de longue durée, auquel on ajoute les ETP exerçant à l'UMA et à l'UCA (moins leur absentéisme de longue durée propre) et auquel on ajoute les ETP provenant des renforts du pool institutionnel de secrétaires *au prorata temporis*.

<sup>43</sup> Nombre de jours d'absence divisé par le nombre d'ETP moyen sur l'année multiplié par 365 jours.

million € de recettes	eu assez de répondants.		
externes en EF	1,7	0	5,5

Le nombre d'agents pour 1000 RUM produit n'est globalement pas satisfaisant, mais il cache en réalité un bon ratio en hospitalisation et un léger sureffectif en consultations, par rapport aux CHU réalisant la même activité. Quant aux explorations fonctionnelles, le peu de réponses recueillies amène à interpréter avec précaution les chiffres obtenus, bien qu'ils soient bons.

### 3.3 Produire une analyse critique des données recueillies

Ces données chiffrées dégagent des tendances et attirent l'attention du directeur sur certains types de prise en charge. Cependant, elles doivent absolument être complétées par des informations provenant du terrain, tant pour vérifier l'affectation des personnels, que les organisations mises en œuvre dans le service, ces deux éléments étant susceptibles d'induire des biais.

A cet effet, j'ai rencontré les secrétaires médicales et l'ensemble des acteurs impliqués dans l'encadrement des secrétaires médico-administratives du service, à savoir le Chef de structure interne, la cadre supérieure dont elles dépendent hiérarchiquement, la cadre de santé et la secrétaire du chef de la structure interne dont elles dépendent d'un point de vue fonctionnel, puisqu'elle est la référente des secrétariats.

J'ai commencé par élaborer des grilles d'entretiens semi-directifs, puis j'ai eu connaissance d'un outil développé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) spécifiquement pour l'étude des secrétariats médicaux, en 2012<sup>44</sup>. Très complet et disponible en deux modes (synthétique ou détaillé), il interroge l'ensemble des paramètres organisationnels de l'activité de secrétariat. Compte tenu de son exhaustivité et des possibilités de production de tableaux de bord qu'il offre, j'ai choisi d'y avoir recours, dans sa version de synthèse (Cf. Annexe 3 Recueil des données dans l'outil ANAP « Audit des secrétariats médicaux »).

En effet, les points analysés dans la version détaillée présentent pour certains un intérêt limité dans le contexte de mon mémoire (temps de décroché des appels téléphoniques, date et heure de dictée des courriers et date et heure de frappe de ces courriers) ou bien les données qu'il requière ne sont pas facilement isolables (nombre moyen d'hospitalisation, de consultations et d'exams gérés par secrétariat par mois).

#### 3.3.1 Décrire l'organisation du service et les postes occupés par les secrétaires médicales

La secrétaire médicale référente dispose de 6 fiches de poste correspondantes aux 4 types de postes du service (consultations et explorations fonctionnelles, hospitalisation de jour, hospitalisation complète, accueil téléphonique), auxquels il faut ajouter la sienne et celle d'une collègue. En effet, toutes deux chargées du secrétariat d'un professeur, dont un chef de service, elles contribuent en partie à l'activité médico-administrative.

De manière générale, les actions incluses dans le périmètre de la secrétaire médicale sont :

- accueil physique des patients, incluant les démarches administratives, déléguées par le Bureau des entrées,

<sup>44</sup> Disponible en ligne à l'adresse < <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-analyser-la-performance-de-lactivite-des-secretariats-medicaux/>>

- accueil et gestion des demandes des médecins et du personnel paramédical,
- accueil téléphonique centralisé par une secrétaire sur un numéro unique pour toutes les prises en charge,
- frappe des courriers. Un logiciel permet de connaître les courriers en attente de saisie par type de poste et de réguler la charge de travail. Le service n'est pas équipé d'un logiciel de reconnaissance vocale.
- gestion des dossiers médicaux : cela consiste à créer et compléter les dossiers et à anticiper les rendez-vous en commandant au service central de gestion des dossiers médicaux les dossiers médicaux des consultants et hospitalisés programmés. Ce service en assure la conservation et la mise à disposition dans les plus brefs délais.
- tâches administratives : chaque secrétaire retranscrit le codage renseigné par le médecin. Elles n'ont pas à consulter le dossier pour le déterminer. La secrétaire référente assume également des tâches transversales indispensables au bon fonctionnement des secrétariats : gestion des absences médicales, des plannings des médecins et des secrétaires, suivi statistique de l'activité, rédaction de procédures, paramétrage du logiciel de rendez-vous, contrôle des indicateurs du bon fonctionnement des secrétariats...
- Autres tâches : les deux secrétaires des professeurs gèrent notamment les agendas et les dossiers en rapport avec leur activité universitaire, les contacts avec les relations extérieures, les rendez-vous avec les représentants de l'industrie pharmaceutique, le courrier du service.

Il convient d'exclure du temps de travail des secrétariats les commandes de fournitures et de consommables administratifs et médicaux du service, puisqu'une intendante s'en charge.

La répartition du travail entre les 6 postes figure en Annexe 3 Recueil des données dans l'outil ANAP « Audit des secrétariats médicaux », dans l'onglet « postes ».

Suite à la réorganisation des secrétariats conduite en 2012, le service a modifié profondément son fonctionnement. Les congés sont anticipés au moins 3 mois avant, les appels téléphoniques ne viennent plus interrompre la frappe ou l'accueil des patients et les médecins ayant besoin d'un courrier urgent sont orientés vers une secrétaire référente « urgences » pour la journée.

La création du poste de coordinatrice des secrétaires à l'échelle du service garantit la pérennité de ce système.

### **3.3.2 Reprendre les indicateurs à l'aune des effectifs constatés sur le terrain**

Interrogée sur l'affectation des 9,80 ETP de personnel administratif de secrétariat dans le service, la secrétaire référente considère que dans les faits elle est la suivante :

- hospitalisations : 3 (1,5 ETP en HC et 1,5 en HDJ dont 0,33 ETP de l'UMA) ;
- consultations : 5,80 ;
- explorations fonctionnelles : 1.

Au regard de ces changements importants, je recalculer les indicateurs et obtient le tableau suivant :

	Reims	Q1	M	Q3
Tous types de prise en charge				
Nb ETP adm. pour 1000 RUM	inchangé	1,2	1,6	1,8
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A	inchangé	0,8	1	1,2
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A et externes	inchangé	0,8	0,9	1,1
Agents affectés aux hospitalisations seulement				
Nb ETP adm. pour 1000 RUM	0,76	0,5	0,7	1,1
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes T2A	0,60	0,3	0,4	0,7
Agents affectés aux consultations externes seulement				
Nb ETP adm. pour 1000 venues en cs et soins externes	5,7	3,7	4	4,9
Nb ETP adm. pour 1 million € recettes externes en cs et soins externes	18,62	9,3	13,6	15,9
Agents affectés aux explorations fonctionnelles seulement				
Nb ETP adm. pour 100000 ICR	Non significatif à cause du coefficient de variation élevé (1,47). Il n'y a pas eu assez de répondants.			
	1,26	0	0,1	0,5
Nb ETP adm. pour 1 million € de recettes externes en EF	Non significatif à cause du coefficient de variation élevé (1,34). Il n'y a pas eu assez de répondants.			
	7,66	0	1	5,5

Ces résultats nuancent ceux déclarés dans le fichier de restitution. Les ratios du personnel affecté aux hospitalisations reviennent dans la norme, plus précisément entre la médiane et le 3<sup>ème</sup> quartile.

Il est toutefois pertinent de connaître de manière plus détaillée les ratios propres à l'hospitalisation de jour et ceux des hospitalisations complètes, puisque les chiffres indiqués sous l'intitulé hospitalisation agrègent les deux secteurs. En voici le détail :

	Hospitalisation complète (22 lits)	Hospitalisation de jour (7,9 places)	Somme des deux : hospitalisations
ETP Administratifs	1,5	1,5	3
Activité	1394 RUM >0 jour	2510 RUM = 0 jour	3904
	1,07 ETP pour 1000 RUM > 0 jour	0,59 ETP pour 1000 RUM = 0 jour	
Valorisation €	0,29 ETP pour 1 Million € recettes T2A 100%	0,42 ETP pour 1 Million € recettes T2A 100%	

Il en ressort que les secrétaires affectées en hospitalisation complète participent à la production de seulement 35% des RUM réalisés en hospitalisation bien qu'elles soient presque deux fois plus nombreuses qu'en HDJ, mais leur activité est mieux valorisée. A l'inverse, les secrétaires de l'HDJ produisent plus d'actes (65%), moins rémunérateurs. Il serait intéressant de comparer ces ratios avec les autres CHU, mais la Base de Reims ne le permet pas.

De plus, les ratios relatifs aux consultations et aux explorations fonctionnelles dépassent largement le 3<sup>ème</sup> quartile. Il est primordial de croiser les données pour expliquer ces dépassements. Les ratios sont effectivement mauvais, mais le directeur est tenu les nuancer car ils englobent un certain nombre de tâches, nous l'avons vu plus haut, qui bénéficient à l'ensemble des types de prise en charge, alors qu'ils sont imputés uniquement sur les consultations : accueil téléphonique, temps d'encadrement des secrétariats et de suivi de leur bon fonctionnement et temps universitaire des deux professeurs. Pour avoir une vision au plus près de la réalité, il faudrait estimer le pourcentage de temps de travail consacré à ces tâches pour ensuite les répartir équitablement sur chaque poste, or cela n'a pas été possible.

Le fait d'interroger les organisations en rencontrant les acteurs du terrain explique les écarts constatés et suggère au directeur de ne pas modifier les effectifs alloués sous peine de désorganiser profondément le service dans son ensemble, alors que les ratios indiquent la démarche contraire.

### 3.4 **Elaborer des solutions ou des préconisations créatives et novatrices dans une perspective pratique d'aide à la décision**

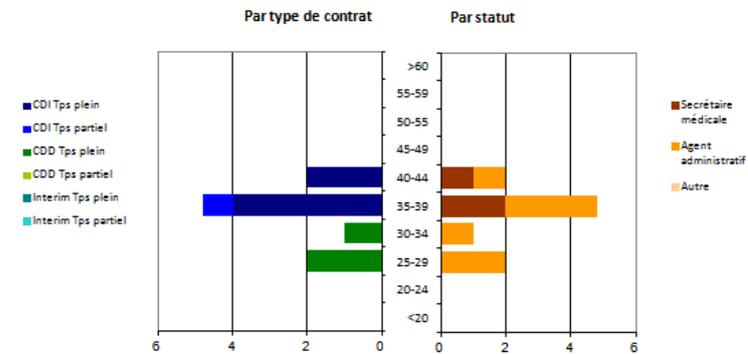
#### 3.4.1 **Points forts – points faibles identifiés par l'ANAP**

Les tableaux de bord conçus par l'ANAP illustrent les résultats obtenus, de trois façons : pour l'ensemble des secrétariats, pour un secrétariat au choix et sous forme de comparaison entre 1 et 5 secrétariats. Ils comportent une synthèse sur :

- les horaires d'ouverture des secrétariats,
- le niveau de spécialisation des postes,
- les ressources humaines, dont une pyramide des âges,
- une évaluation globale des tâches, grâce à un graphique de type « radar ».



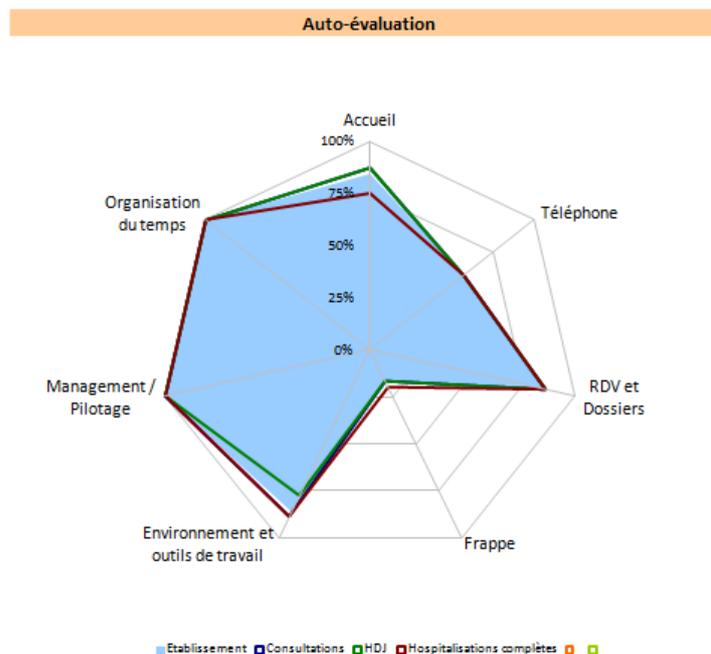
Ressources humaines			
ETP			Différence
ETP budgétés	7,00	ETP	
ETP réels valorisés	17,18	ETP	
Taux d'absentéisme moyen des secrétariats médicaux :			2,0%



Accueil	TDB Etablissement	TDB Secrétariat synthétique	TDB Analyse comparative
leuler			

Dans le cas présent, je constate que les secrétaires recrutées en contrat à durée déterminée (CDD) sont plus jeunes que les titulaires, mais qu'aucun départ en retraite dans l'équipe actuelle n'est prévu avant plusieurs années.

Enfin, je fais le choix de sélectionner 3 secrétariats (consultations, HDJ et HC) pour concevoir le dernier graphique, qui présente sous la forme d'un « radar » les réponses aux questions d'auto-évaluation<sup>45</sup>.



<sup>45</sup> La zone en bleu illustre les réponses à l'échelle des 5 secrétariats. L'ensemble des réponses a été reproduit dans l'Annexe 3 sous l'onglet « auto-évaluation ».

Les points forts des secrétariats du service de Maladies respiratoires sont le management (formations, entretiens d'évaluation) et le pilotage (définition et suivi d'objectifs, cadre identifiée, dysfonctionnement traités), l'organisation du temps (planning défini et accessible, règles de programmation des congés, charge de travail lissée et entraide entre les secrétaires).

L'environnement est très satisfaisant grâce notamment à la rédaction de protocoles formalisés pour décrire les tâches et à l'existence d'un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants. Un point d'amélioration est proposé par l'ANAP, à savoir travailler à la rédaction de documents types pré-remplis, surtout dans le cadre d'examens ou de consultations complexes. Le service dispose de tels documents, mais sommaires et ne couvrant pas la majorité des situations rencontrées.

L'accueil des patients, la prise de rendez-vous et la gestion des dossiers sont correctement organisés, grâce notamment à la formalisation des informations transmises au patient (courrier de prise de RDV), à la centralisation de l'accueil téléphonique et la définition de règles d'affectation des RDV. L'attribution de RDV urgents a aussi été prévue.

Les points à améliorer du point de vue de l'ANAP sont le téléphone et la frappe. Concernant le téléphone, l'amplitude horaire gagnerait à être similaire à celle du service, soit 2 à 3 heures de plus dans les services de jour, le cas de l'hospitalisation complète étant à part. Pourtant les patients et le personnel n'identifient pas sur ce point de difficultés majeures. Au contraire, ils soulignent la disponibilité importante des agents.

Enfin, concernant la frappe, les résultats sont insatisfaisants car l'ANAP considère que l'utilisation d'un outil de dictée numérique et d'une signature électronique des documents sont des pré-requis. Il convient d'apporter des réserves sur ce point, l'établissement étant libre de faire ce choix stratégique ou non.

### **3.4.2 Compléments d'analyse identifiés par le directeur**

J'ajoute aux pistes développées par l'ANAP un élément concernant l'activité universitaire réalisée par les deux secrétaires s'occupant d'un professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH). Le temps consacré est financé par le CHU et inclus dans les ratios ci-dessus, alors qu'il devrait être financé par l'Université. Il biaise en partie les ratios analysés, tant qu'un accord global sur le temps de secrétariat mis à disposition par le CHU n'est pas envisagé.

En outre, l'outil de l'ANAP s'avère très complet pour analyser les organisations, mais il oublie un sujet fondamental à mon sens : l'expression des agents sur leurs conditions de travail. Le directeur est amené à s'intéresser au ressenti des agents concernant l'organisation du travail dans laquelle ils évoluent et leur charge de travail. Sans se montrer naïf ni compatissant, cet exercice permet de prendre en compte dans l'étude les conditions de travail et la qualité de vie au travail, dans un contexte plus général de prévention des risques psychosociaux et de préservation de la qualité de vie au travail<sup>46</sup>. Ainsi, il ressort des entretiens que la modification profonde de l'organisation réalisée il y a deux ans donne entièrement satisfaction, tant aux secrétaires, qu'aux médecins et aux patients.

---

<sup>46</sup> Accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique, signé le 22 octobre 2013.

Les premières ont gagné en compétences et en visibilité sur leurs activités à court et moyen terme, grâce notamment à la planification des congés et des absences des médecins et à la formalisation du contenu des postes. Les relations entre médecins et secrétaires sont sereines, bien que les démarrages furent difficiles. Grâce à la détermination du chef de service il a fallu faire accepter que, je cite la secrétaire référente, « le médecin [ne soit] pas le chef de la secrétaire ».

Quant aux médecins, ils savent que les dossiers médicaux sont disponibles en temps utiles, que les courriers seront saisis rapidement et qu'en cas d'urgence, ils peuvent compter sur la disponibilité d'une secrétaire. De même, en cas de dysfonctionnement ou de besoin, la secrétaire référente est à leur écoute.

Les infirmières bénéficient également des retombées positives de la réorganisation, puisqu'elles sont libérées des tâches médico-administratives qu'elles pouvaient être amenées à assurer en suppléance des secrétaires.

Enfin, les patients expriment leur satisfaction d'être correctement pris en charge. Leur parcours administratif est balisé par plusieurs documents qui leurs sont remis. Preuve de la complémentarité entre les acteurs, en hospitalisation complète, les secrétaires assistent aux transmissions entre les médecins et les infirmières.

De plus, il appartient au directeur de se poser la question du déploiement d'un outil de dictée numérique. Bien que cela permette de traiter rapidement les courriers et comptes-rendus, une étude complémentaire est à conduire tant sur l'aspect technique que professionnel. D'une part, l'achat et la maintenance de ce dispositif a un coût et doit faire l'objet d'une étude de faisabilité pour vérifier la compatibilité technique avec le logiciel institutionnel de gestion du dossier médical, d'autre part le recours à cet outil porte atteinte à la fonction même de secrétaire médicale. Puisqu'il dégage du temps de frappe, il contraint la secrétaire à se recentrer sur une autre tâche, alors que la frappe était son cœur de métier. Interrogées sur l'utilisation d'un tel outil, les secrétaires émettent des craintes, d'autant plus que dans les établissements environnants majoritairement privés, où il est utilisé, il a conduit à des réductions d'effectifs.

Enfin, le sujet ne peut être complètement traité sans aborder les compétences des secrétaires, puisqu'une réforme dans le cursus de formation est intervenue et a substitué le métier d'assistant médico-administratif (AMA), accessible sur concours, à celui de secrétaire médicale. Désormais, les étudiants désireux de devenir AMA sont orientés vers un Bac Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S)<sup>47</sup>. Ensuite, comme il n'existe pas de diplôme d'Etat spécifique, ils peuvent suivre un BTS dans le domaine médical ou une formation particulière de « secrétaire médicale » dans des écoles et organismes publics ou privés, de qualité et de durée variable<sup>48</sup>. Cette réforme a, aux dires des interlocuteurs rencontrés, fait baisser le niveau de qualification, surtout en termes de connaissance du vocabulaire médical et d'éléments de base requis (bonne maîtrise du Français). L'accès d'agents administratifs sans bagage médical sur le grade d'AMA s'est développé. Aujourd'hui cohabitent sur cette fonction des personnes ayant des connaissances médicales et de bureautique de niveau très inégal, qu'il faut faire converger vers les compétences

---

<sup>47</sup> Nouveau nom du Baccalauréat Sciences médico-sociales (SMS).

<sup>48</sup> La Croix-Rouge et le CNED en proposent.

identifiées dans la fiche « secrétaire médicale » du Répertoire des Métiers de la fonction publique hospitalière<sup>49</sup>. Dans le service des Maladies respiratoires du CHU de Reims des secrétaires médicales et des AMA occupent les mêmes postes, sans différence notable.

### **3.4.3 Interroger les bonnes pratiques en place ailleurs pour s'en inspirer**

L'initiative de créer des postes de « super-secrétaire » ou coordinatrice de secrétariat revient au CHU de Bordeaux, où deux postes de 0,5 ETP ont été créés en 1996. Elle fait suite au constat de certains médecins partagé par la direction, d'une insuffisance de management des secrétariats médicaux. En effet, exerçant des fonctions ni tout à fait administratives ni tout à fait médicales, leur rattachement à la DRH ou aux médecins n'était pas satisfaisant, chacun renvoyant la responsabilité à l'autre. A Reims, depuis l'instauration des Pôles et en l'absence de secrétaire de coordination, les secrétaires médicales et AMA sont hiérarchiquement rattachées aux cadres et cadres supérieurs du Pôle et fonctionnellement soit à une secrétaire référente, soit au médecin avec lequel elle travaille. A Bordeaux<sup>50</sup>, les coordinatrices des secrétariats sont les supérieures hiérarchiques de toutes les secrétaires médicales. Dotées de compétences managériales, elles ont pour mission d'unifier les pratiques entre secrétariats, de mener des audits organisationnels, de proposer des courriers-types, de produire des données statistiques de suivi, de former les nouvelles secrétaires, d'apporter leur aide et leurs conseils et de diffuser les dernières évolutions juridiques et réglementaires.

D'autre part, concernant le financement des activités universitaires des secrétariats, des ententes entre CHU et Université sont possibles, afin de partager ce coût ou de le faire porter sur l'Université. C'est ainsi le cas du CHU de Lille, dans lequel les ETP de secrétariats affectés aux UF de soins correspondent strictement aux effectifs réellement disponibles dans les services pour prendre en charge les patients. A défaut, les données recueillies et utilisés par la Base de Reims sont biaisées, comme c'est le cas pour les Maladies respiratoires.

Mis à part ces deux points, pour lesquels des arbitrages sont nécessaires à l'échelle de l'hôpital, la situation des secrétariats médicaux du service de Maladies respiratoires est très satisfaisante, tant en termes d'effectifs que d'organisation. Aucun changement majeur n'est préconisé.

Par contre, il faudra anticiper une disposition du futur projet de loi de santé publique instaurant la remise d'un document de sortie au patient, le jour de sa sortie, dans le but d'assurer la continuité des soins avec le médecin adresseur mais aussi d'informer le patient sur les dispositions qu'il doit prendre à son retour à domicile. D'autant plus que la Haute Autorité de Santé (HAS) envisage de créer un indicateur de remise de ce document, qui remplacerait celui sur le compte rendu d'hospitalisation, dont le délai d'envoi est de 8 jours. Cette disposition pourrait poser notamment des difficultés pour les patients pris en charge l'après-midi en hospitalisation de jour, à moins de prolonger la présence des secrétaires.

---

<sup>49</sup> Ministère de la Santé et des Sports, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2ème éd., 2009, p. 324. [En ligne] Disponible à l'adresse < <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=121>>.

<sup>50</sup> Aujourd'hui le CHU de Bordeaux compte une coordinatrice par site et une coordinatrice référente par Pôle. Il a officialisé en 2011 leur statut en l'intégrant dans le règlement intérieur de l'établissement.



## **4 Quelles perspectives d'évolution pour demain ?**

La Commission Benchmarking a prouvé qu'elle produit un outil d'aide au dialogue de gestion efficace et solide. Pourtant, elle demeure méconnue en dehors du cercle des contrôleurs de gestion qui l'alimentent et des directeurs impliqués dans son fonctionnement. Sa jeunesse explique sans doute cette situation. A l'avenir, de nouveaux challenges s'offrent à elle : élargissement de son cœur de cible, concurrence avec des initiatives similaires et articulation des réorganisations initiées avec les besoins des patients et les souhaits des tutelles.

### **4.1 Accroître le nombre de participants**

En 2014, 23 établissements (dont un en suspend) ont rejoint la Commission Benchmarking sur les 32 CHU/CHR français. Une marge de progression de 10 établissements est donc possible. Cependant, parmi ces 10 établissements, certains ne souhaitent pas adhérer car ils ont développé des solutions internes satisfaisant leurs besoins ou d'autres ne sont pas intéressés par les informations proposées.

L'adhésion demeure volontaire, mais si le nombre d'hôpitaux membres devait augmenter, il serait nécessaire de renforcer l'équipe du CHU Reims dédiée à l'administration et à la gestion de la Base.

### **4.2 Donner une nouvelle orientation à la Base en l'ouvrant aux centres hospitaliers**

D'autre part, quelques centres hospitaliers de grande dimension ont émis le souhait d'intégrer la Base. La Conférence nationale des Directeurs Généraux (DG) de centres hospitaliers ne regroupe pas l'ensemble des centres hospitaliers et ne dispose pas d'une commission de Benchmarking équivalente à celle de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU. Il semble délicat de créer de toute pièce une commission de ce type, alors que les outils sont disponibles au sein de la Commission Benchmarking de la Conférence des DG de CHU/CHR.

De sorte que, puisque la Base a atteint un bon niveau de maturité, une réflexion pourrait s'engager en ce sens dans les années à venir parmi les adhérents. Pour l'instant cette orientation n'est pas à l'ordre du jour, car l'ouverture de la Base aux centres hospitaliers nécessiterait de créer une famille spécifique et de fixer un seuil suffisant d'activité ou d'équipement en lits et places pour ne pas engendrer une trop grande hétérogénéité de profils. Là encore, cet élargissement ne pourrait être mené sans une augmentation des moyens alloués à son organisation.

### **4.3 Assurer la position dominante de la Base dans un contexte concurrentiel croissant**

Parallèlement à la création de la Base de Reims, des initiatives similaires sont apparues à l'échelle régionale et nationale.

En région Rhône-Alpes, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Hospitalo-universitaire Rhône-Alpes Auvergne (HOURAA) créé en mars 2012 travaille depuis l'année dernière à un tableau de bord commun des Ressources humaines partagé par les 4 CHU de l'inter-région (CHU de Grenoble, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand et Lyon)<sup>51</sup>. Contacté par téléphone, l'agent en charge du domaine des ressources humaines au sein du GCS indique que l'objectif est de disposer d'outils de partage de l'information pour élaborer une politique concertée au niveau

---

<sup>51</sup> HEMERY Pia, « Les 4 CHU de Rhône-Alpes et d'Auvergne préparent un tableau de bord commun des RH », in *Hospimédia*. [en ligne] Déposé en ligne le 21 février 2013, consulté le 22 mai 2014.

régional et inter-régional en matière de RH. Il ne contient pour l'instant que des indicateurs de suivi des dépenses de titre 1, non concurrents de la Base de Reims. Par contre, il est envisagé de les étoffer et d'y inclure des éléments d'activité. Ces derniers pourraient provenir de la Commission Benchmarking, si tous les établissements donnaient leur accord. Si c'était le cas, les liens noués dans le cadre du GCS faciliteraient la mise en pratique du deuxième volet du benchmarking, à savoir l'analyse comparative des indicateurs et les échanges entre les établissements.

A l'échelle nationale, une démarche engagée par le CHU de Poitiers (ancien adhérent) pour le compte de la Commission RH de la Conférence des DG de CHU/CHR consiste en un recueil des données des bilans sociaux des CHU et CHR pour constituer une base nationale standardisée. Elle porte donc sur l'absentéisme, les effectifs présents, la formation continue, etc. Cette base présente une complémentarité évidente avec la Base de Reims, fort utile pour expliquer les indicateurs de productivité. Or il s'avère que la « Base de Poitiers » souhaite inclure des indicateurs médico-économiques à son périmètre. D'une part il semble que ces éléments font doublons avec ceux produits par la Base de Reims et d'autre part, il convient de disposer de compétences financières pour y parvenir.

De même, la Commission des Affaires médicales de la Conférence des DG de CHU/CHR a émis le souhait de disposer d'indicateurs similaires à ceux de la Base de Reims.

Ainsi, il paraît opportun au concepteur de la Base que la Conférence des DG de CHU/CHR se penche sur la possibilité d'offrir des prestations entre commissions, puisque les compétences et les données sont déjà disponibles au sein de la Commission Benchmarking. Cela nécessiterait un arbitrage par le Président et les Vice-présidents de la Commission Benchmarking et les Présidents des autres Commissions et assurerait la pérennité du modèle de Reims étoffé des indicateurs fournis par les deux autres commissions. L'objet même de la Conférence des DG de CHU et CHR reposant sur la transversalité et le partage d'informations entre CHU serait satisfait.

Par ailleurs, il faut considérer les risques induits par la création de données en doublons. Non seulement les établissements amenés à saisir des informations redondantes vont se lasser et ne plus être motivés du fait de la pénibilité et de la perte de temps que cela engendre, mais encore ils seront tentés de se retirer de l'une des deux bases si leur périmètre est identique. La perte qui en découlerait serait préjudiciable pour les deux, la taille de chaque base se réduirait et ne permettrait plus d'atteindre le seuil critique de fiabilité requis.

En second lieu, que se passerait-il si les indicateurs obtenus à partir de ces données redondantes divergeaient ? Cela provoquerait une remise en cause des indicateurs et une perte de crédibilité. Ne sachant à quelle base se fier, les deux en sortiraient affaiblies.

Les gestionnaires de la Base de Reims sont donc tenus de mener une veille sur les initiatives concurrentes, celles-ci pouvant aussi bien la renforcer que l'affaiblir.

#### 4.4 **Articuler les réorganisations induites par le benchmarking avec les besoins des patients**

La finalité recherchée par la Commission Benchmarking gagnerait à être interrogée au regard des effets qu'elle induit sur la prise en charge des patients. A défaut d'éléments factuels de réponse, N. BELORGEAY dans son ouvrage *L'hôpital sous pression*, se pose la question des conséquences des réformes managériales (nationales et locales) sur la situation des patients<sup>52</sup>. En sont-ils bénéficiaires ou victimes ? La qualité des soins s'est-elle améliorée ? Il pointe le fait que deux approches coexistent : celle du directeur et celle des soignants. Là où les administrateurs comptent des effectifs nécessaires « en moyenne », les soignants raisonnent par « pics d'activité ». Deux conceptions s'opposent, que le dialogue de gestion amène à rapprocher.

L'analyse de terrain menée par le directeur permet d'apporter un début de réponse à cette préoccupation, car elle questionne l'organisation des soins et la prise en charge des patients, depuis le premier contact téléphonique ou physique jusqu'à sa sortie. Les éléments quantitatifs en terme d'effectifs disponibles sont auscultés au regard des tâches effectuées. De sorte que les décisions prises par le directeur d'hôpital tiennent autant, voire plus, compte de ces critères que des premiers.

---

<sup>52</sup> SCHWEYER, François-Xavier, « L'Hôpital sous pression. A propos de Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression* (La Découverte, 2011) », in *Sociologie*, Comptes rendus, 2012, mis en ligne le 29 février 2012, consulté le 25 juillet 2014. [en ligne] URL <http://sociologie.revues.org/1110>

## Conclusion

Le benchmarking en tant que méthode comparative quantitative s'est imposé dans le monde du travail, notamment à l'hôpital. Les indicateurs robustes et objectifs proposés par la Commission Benchmarking rendent possible un suivi sur le long terme de la démarche d'amélioration continue financière et de la productivité des établissements de santé y participant. D'abord développé et utilisé dans le cadre d'une démarche de retour à l'équilibre, comme support du dialogue de gestion, de réforme des organisations et de définition d'effectifs-cibles, il est aujourd'hui, avec quatre ans de recul, un outil de veille et d'amélioration continue de l'efficacité. Sa réussite se lit dans le fait qu'elle a réussi à fédérer 70% des CHU/CHR français.

La particularité de son application au domaine de la santé repose sur l'extension qui lui est donnée à travers les études et échanges sur le terrain. En effet, la production d'indicateurs et la comparaison des résultats est une phase fondamentale du benchmarking, mais insuffisante à elle seule pour mener une démarche de benchmarking en tant que tel. La confrontation des données chiffrées et des tendances identifiées par le directeur d'hôpital avec les organisations du travail dans les services de soins est fondamentale. Elle rectifie les affectations erronées et redresse autant que faire se peut les biais et limites inhérents à une méthode statistique. L'enjeu est important car, à défaut, la perception de la productivité est altérée.

L'application sur le terrain dans un service de soins, en situation de directeur délégué de Pôle, n'a pas été aisée. Pointer le doigt sur des secteurs en difficulté place le directeur d'hôpital au cœur des aspects politiques. Il est amené à se pencher sur des dysfonctionnements que certains médecins ne sont pas prêts à examiner. Je retiens de cette difficulté que la fonction de directeur d'hôpital nécessite de la persuasion, du courage et de la négociation. Mais une fois l'envie partagée avec le service d'améliorer les processus de travail au regard des effectifs présents, l'analyse conduite et les propositions formulées font l'objet d'une concertation afin de garantir la poursuite des réformes envisagées. L'exemple de l'analyse des secrétariats médicaux du service des Maladies respiratoires, bien qu'il n'aboutisse pas à une liste importante de recommandations, montre que l'organisation du travail est au cœur de la productivité. Elle reste soumise, néanmoins, à des réévaluations régulières pour continuer à s'interroger sur son adéquation avec les besoins.

Toutefois, le contexte concurrentiel dans lequel s'intègre la Base de Reims peut placer cette dernière en situation de danger, comme d'expansion. Il revient à la Conférence des DG de CHU de négocier le virage qui lui permettra de gagner en stabilité et de devenir un acteur unique référent en matière de benchmarking hospitalier en ressources humaines.

---

## Bibliographie

---

Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ANAP), *Outil – Evaluer et analyser la performance de l'activité des secrétariats médicaux*, Publié en octobre 2012 [En ligne] URL <<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-analyser-la-performance-de-lactivite-des-secretariats-medicaux/>>

BRUNO Isabelle et Emmanuel DIDIER, *Benchmarking. L'Etat sous pression statistique*, Paris, La Découverte, Hors Collection Zones, mars 2013, 250p.

BRUNO Isabelle, DIDIER Emmanuel et Julien PREVIAUX, *Statactivisme. Comment lutter avec des nombres*, Paris, La Découverte, Hors Collection Zones, mai 2014, 208 p.

BREULS DE TIECKEN Louis, « Benchmarking : se comparer c'est s'améliorer », in *Revue hospitalière de France*, Paris, FHF, n°511, Juillet-août 2006, p. 55-59.

COUR DES COMPTES, *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, septembre 2014, 673p. [En ligne] URL <<https://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale>>

DREES, *Comptes nationaux de la santé 2013. Edition 2014*, Paris, Collection Etudes et statistiques, 241p. [En ligne] URL <<http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2012,11229.html>>

ETTORCHI-TARDY Amina, LEVIF Marie et Philippe MICHEL, « Le *Benchmarking* : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé », in *Pratiques et Organisation des Soins*, CNAMTS, Editions de la Société française de santé publique, n°1 vol. 42, janvier-mars 2011, p. 35-46.

GALY Michael et Céline PEREIRA, « Benchmarking externe. Un outil de dialogue interne de gestion. La Base de Reims. », in *Gestions hospitalières*, Vitry-sur-Seine, n°514, Mars 2012, p. 145-147.

GALY Michael et Céline PEREIRA, *La Base de Reims : le benchmarking externe comme outil du dialogue interne de gestion*, Reims, [Document de travail : proposition de communication aux Universités d'été de la performance en santé], 2013, 4p.

GROLIER Jacques, *Statistique et mathématique financière compatibles EPRD, T2A et ENCC. Outils d'aide à la décision pour le manager d'établissement sanitaire et social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 3<sup>ème</sup> éd., 2010, 376p.

JEROME Frédéric et Alexandre PAIN, *Le contrôle de gestion hospitalier. Vers un nouveau pilotage médico-économique*, Paris, Infodium, 2013, 321p.

LANGLAIS Fabienne, *Secrétariat médical au CHU de Nantes : enjeux et perspectives d'une réorganisation*, ENSP, Rennes, [Mémoire professionnel], décembre 2007, 71p.

Ministère de la Santé et des Sports, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2<sup>ème</sup> éd., 2009, 438 p.

OBERSON Corinne, PERRITAZ Pierre et Barbara ZOSSO, *Benchmarking dans le domaine de la santé. Mesure de l'efficience des soins infirmiers dans les cliniques de médecine interne*, Idheap, Université de Lausanne (Suisse), Travail de séminaire, avril 2004, 34p.

SCHWEYER, François-Xavier, « L'Hôpital sous pression. A propos de Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression* (La Découverte, 2011) », in *Sociologie*, Comptes rendus, 2012, mis en ligne le 29 février 2012, consulté le 25 juillet 2014. [En ligne] URL <<http://sociologie.revues.org/1110>>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 Exemple de Fichier de recueil de données.....	48
Annexe 2 Extraits d'un Fichier de restitution.....	52
Annexe 3 Recueil des données dans l'outil ANAP « Audit des secrétariats médicaux » .....	55

**Annexe 1 Exemple de Fichier de recueil de données**

		COMMENTAIRES
<b>DESCRIPTIF</b>		
Libellé du service		
Libellé du pôle		
Secteur de consultations externes?		
Secteur de bloc opératoire?		
Une partie de l'activité est elle réalisée dans un bloc ambulatoire dédié?		
Réalisation d'explorations fonctionnelles?		
Spécificités du service		
<b>CAPACITE ET OCCUPATION</b>		
Lits Hospitalisation complète		
Lits Hospitalisation de semaine		
Lits Surveillance continue		
Lits Soins intensifs		
Lits Réanimation		
Lits autres - Préciser		
Nombre total de lits (Hors réa/SC/SI)	0	
Places Hospitalisation de jour		
Total Lits et places (Hors réa/SC/SI)	0	
Taux d'occupation réel du service		
Taux d'occupation SAE		
Une partie de l'hospitalisation ambulatoire est elle réalisée dans une unité ambulatoire dédiée?		
Si oui, est elle intégrée dans le recueil de l'activité et des ETP ci dessous?		

<b>ACTIVITE</b>		
Journées en hospitalisation complète		
Venues en hospitalisation de jour		
Nb de journées et venues	0	
RUM		
Dont nb de RUM de 0 jour (hors séances)		
Dont Séances		
RSS		
DMS RUM		
% de RSS de sévérité 3 et 4 et/ou C et D		
Valorisation des RUM T2A 100%		
PMCT (RUM de 0 jour)		
PMCT (RUM > 0 jour)		
PMJ	#DIV/0!	
Venues en consultations et soins externes		
Nb d'ICR et équivalent ICR produits dans les UF d'Explorations Fonctionnelles		
Recettes externes		
<b>PERSONNEL NON MEDICAL</b>		
<b>UF d'Hospitalisation</b>		
ETP IDE		
ETP AS		
ETP ASH		
ETP Personnel administratif de secrétariat		
ETP Cadre et cadre supérieur		
ETP Autres - Préciser les grades concernés		
<b>UF de Consultations externes</b>		
ETP IDE		
ETP AS		
ETP ASH		
ETP Personnel administratif de secrétariat		
ETP Cadre et cadre supérieur		
ETP Autres - Préciser les grades concernés		
<b>UF d'Explorations fonctionnelles</b>		
ETP IDE		
ETP AS		
ETP ASH		
ETP Personnel administratif de secrétariat		
ETP Cadre et cadre supérieur		
ETP Autres - Préciser les grades concernés		
<b>UF MIG</b>		
ETP IDE		

ETP Autres - Préciser les grades concernés		
<b>UF MIG</b>		
ETP IDE		
ETP AS		
ETP ASH		
ETP Personnel administratif de secrétariat		
ETP Cadre et cadre supérieur		
ETP Autres - Préciser les grades concernés		
<b>Total Service</b>		
ETP IDE	0	
ETP AS	0	
ETP ASH	0	
ETP Personnel administratif de secrétariat	0	
ETP Cadre et cadre supérieur	0	
ETP Autres - Préciser les grades concernés	0	
Le brancardage est il assuré par les agents du service?		
Le nettoyage est il assuré par les agents du service?		
Quel est le temps de travail effectif des IDE?		
Quel est le temps de travail effectif des AS?		
<b>PERSONNEL NON MEDICAL</b>		
ETP Senior - UF Hospitalisation		
ETP Senior - UF Blocs opératoires		
ETP Senior - UF Consultations externes		
ETP Senior - UF Explorations fonctionnelles		
ETP Senior - UF MIG		
<b>Total ETP Senior</b>	0	
ETP Senior - UF Hospitalisation		
ETP Senior - UF Blocs opératoires		
ETP Senior - UF Consultations externes		
ETP Senior - UF Explorations fonctionnelles		
ETP Senior - UF MIG		
<b>Total ETP PM</b>	0	

**Annexe 2 Extraits d'un Fichier de restitution**

**DONNEES GENERALES - CAPACITE - ACTIVITE - VALORISATION**

	CHU 3	CHU 7	CHU 10	CHU 15	1ier quartile	Médiane	3ième quartile	Coef de variation
Lits	44,0	42,0	73,0	29,0	38,8	43,0	51,3	
Places	1,0	13,0	7,0	5,0	4,0	6,0	8,5	
<b>Lits et places</b>	<b>45,0</b>	<b>55,0</b>	<b>80,0</b>	<b>34,0</b>	42,3	50,0	61,3	
Taux d'occupation	98%	90%	86%	93%	89%	92%	94%	0,05
Journées	12 965	14 106	20 760	9 893	12 197	13 536	15 770	
Venues	847	2 427	2 433	2 685	2 032	2 430	2 496	
<b>Journées et venues</b>	<b>13 812</b>	<b>16 533</b>	<b>23 193</b>	<b>12 578</b>	13 504	15 173	18 198	
RUM > 0 jour	2 014	3 112	2 856	1 569	1 903	2 435	2 920	
RUM de 0 jour (dont séances)	847	2 427	2 433	2 685	2 032	2 430	2 496	
<b>Total RUM</b>	<b>2 861</b>	<b>5 539</b>	<b>5 289</b>	<b>4 254</b>	3 906	4 772	5 352	
DMS des RUM (hors RUM de 0 jour)	6,58	4,59	7,36	6,31	5,88	6,45	6,78	0,16
IP DMS	1,30	1,17	0,89	1,20	1,10	1,19	1,23	0,13
% de RSS de sévérité 3 et 4 (et/ou C et D)	37,4%	23,8%	36,2%	42,3%	33,1%	36,8%	38,6%	0,20

Valorisation des RUM TZA 100% (RUM > 0 jour)	4 659 177	5 903 298	11 280 367	3 977 733	4 488 816	5 281 238	7 247 565	
Valorisation des RUM TZA 100% (RUM = 0 jour)	475 018	1 085 060	1 756 838	1 034 082	894 316	1 059 571	1 253 005	
<b>Total Valorisation des RUM</b>	<b>5 134 195</b>	<b>6 988 358</b>	<b>13 037 205</b>	<b>5 011 815</b>	5 103 600	6 061 277	8 500 570	
PMCT (RUM > 0 jour)	2 313	1 897	3 950	2 535	2 209	2 424	2 889	0,29
PMJ (RUM > 0 jour)	359	418	543	402	391	410	450	0,16
PMCT - PMJ (RUM = 0 jour)	561	447	722	385	432	504	601	0,24

Venues en consultations et soins externes (hors explorations fonctionnelles)	4 043	11 267	9 696	7 992	7 005	8 844	10 089	0,33
ICR et équivalent ICR produits par des activités d'explorations fonctionnelles	188 145	4 954	455 879	32 092	25 308	110 119	255 079	1,05

Recettes externes en consultations et soins externes (hors explorations fonctionnelles)	103 454	382 941	357 427	257 531	219 012	307 479	363 806	0,40
Recettes externes des activités d'explorations fonctionnelles	354 797	315 562	312 664	83 398	255 348	314 113	325 371	0,40
Recettes externes par consultation et soin externe (hors explorations fonctionnelles)	25,6	34,0	36,9	32,2	30,6	33,1	34,7	0,13

**INDICATEURS RELATIFS AUX ETP DE L'ENSEMBLE DU SERVICE (Tout type de prise en charge)**

	CHU 3	CHU 7	CHU 10	CHU 15	1ier quartile	Médiane	3ième quartile	Coef de variation
Nb d'ETP IDE pour 30 lits et places	17,8	16,6	18,6	17,6	17,4	17,7	18,0	0,04
Nb d'ETP AS pour 30 lits et places	13,7	18,0	11,7	10,3	11,4	12,7	14,8	0,22
<b>Nb d'ETP IDE et AS pour 30 lits et places</b>	<b>31,5</b>	<b>34,6</b>	<b>30,3</b>	<b>28,0</b>	29,7	30,9	32,3	0,08
Nb d'ETP SENIOR pour 30 lits et places	3,4	4,3	5,1	3,9	3,8	4,1	4,5	0,15
Nb d'ETP MEDICAL pour 30 lits et places	6,5	7,4	9,7	6,2	6,4	7,0	8,0	0,18

Nb d'ETP IDE pour 1000 journées et venues	1,9	1,8	2,1	1,6	1,8	1,9	2,0	0,11
Nb d'ETP AS pour 1000 journées et venues	1,5	2,0	1,3	0,9	1,2	1,4	1,6	0,26
Nb d'ETP IDE et AS pour 1000 journées et venues	3,4	3,8	3,5	2,5	3,2	3,5	3,6	0,15
Nb d'ETP SENIOR pour 1000 journées et venues	0,4	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,5	0,22
Nb d'ETP MEDICAL pour 1000 journées et venues	0,7	0,8	1,1	0,6	0,7	0,8	0,9	0,26
<b>Nb d'ETP IDE pour 1000 RUM</b>	<b>9,3</b>	<b>5,5</b>	<b>9,4</b>	<b>4,7</b>	5,3	7,4	9,4	0,30
<b>Nb d'ETP AS pour 1000 RUM</b>	<b>7,2</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>2,8</b>	5,1	5,9	6,3	0,30
<b>Nb d'ETP IDE et AS pour 1000 RUM</b>	<b>16,5</b>	<b>11,5</b>	<b>15,3</b>	<b>7,4</b>	10,5	13,4	15,6	0,28
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1000 RUM	1,8	1,0	1,7	1,1	1,1	1,4	1,7	0,24
Nb d'ETP SENIOR pour 1000 RUM	1,8	1,4	2,6	1,0	1,3	1,6	2,0	0,33

Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1000 RUM	1,8	1,0	1,7	1,1	1,1	1,4	1,7	0,24
Nb d'ETP SENIOR pour 1000 RUM	1,8	1,4	2,6	1,0	1,3	1,6	2,0	0,33
Nb d'ETP MEDICAL pour 1000 RUM	3,4	2,5	4,9	1,6	2,3	2,9	3,8	0,39

Nb d'ETP IDE pour 1 million d'€ Recettes TZA	5,2	4,4	3,8	4,0	3,9	4,2	4,6	0,12
Nb d'ETP AS pour 1 million d'€ Recettes TZA	4,0	4,7	2,4	2,3	2,4	3,2	4,2	0,31
Nb d'ETP IDE et AS pour 1 million d'€ Recettes TZA	9,2	9,1	6,2	6,3	6,3	7,7	9,1	0,19
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1 million d'€ Recettes TZA	1,0	0,8	0,7	1,0	0,8	0,9	1,0	0,14
Nb d'ETP SENIOR pour 1 million d'€ Recettes TZA	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	1,1	0,09
Nb d'ETP MEDICAL pour 1 million d'€ Recettes TZA	1,9	2,0	2,0	1,4	1,8	1,9	2,0	0,13
Nb d'ETP IDE pour 1 million d'€ Recettes	4,8	4,0	3,6	3,7	3,7	3,9	4,2	0,11
Nb d'ETP AS pour 1 million d'€ Recettes	3,7	4,3	2,3	2,2	2,3	3,0	3,8	0,29
Nb d'ETP IDE et AS pour 1 million d'€ Recettes	8,5	8,3	5,9	5,9	5,9	7,1	8,3	0,17
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1 million d'€ Recettes	0,9	0,7	0,7	0,9	0,7	0,8	0,9	0,13
Nb d'ETP SENIOR pour 1 million d'€ Recettes	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9	1,0	1,0	0,09
Nb d'ETP MEDICAL pour 1 million d'€ Recettes	1,7	1,8	1,9	1,3	1,6	1,8	1,8	0,13

#### INDICATEURS RELATIFS AUX ETP NON MEDICAUX AFFECTES AUX UF D'HOSPITALISATION

	#REF!							
Nb d'ETP IDE pour 30 lits et places	14,7	15,1	13,0	15,9	14,3	14,9	15,3	0,07
Nb d'ETP AS pour 30 lits et places	13,0	15,9	10,6	10,3	10,6	11,8	13,8	0,18
Nb d'ETP IDE et AS pour 30 lits et places	27,8	31,0	23,6	26,2	25,6	27,0	28,6	0,10
Nb d'ETP IDE pour 1000 journées et venues	1,6	1,7	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	0,06
Nb d'ETP AS pour 1000 journées et venues	1,4	1,8	1,2	0,9	1,2	1,3	1,5	0,23
Nb d'ETP IDE et AS pour 1000 journées et venues	3,0	3,4	2,7	2,4	2,6	2,9	3,1	0,14
Nb d'ETP IDE pour 1000 RUM	7,7	5,0	6,5	4,2	4,8	5,8	6,8	0,23
Nb d'ETP AS pour 1000 RUM	6,8	5,3	5,4	2,8	4,6	5,3	5,7	0,29
Nb d'ETP IDE et AS pour 1000 RUM	14,6	10,3	11,9	7,0	9,4	11,1	12,6	0,25
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1000 RUM	1,8	0,5	0,9	0,4	0,5	0,7	1,1	0,64
Nb d'ETP IDE pour 1 million d'€ Recettes TZA	4,3	4,0	2,6	3,6	3,4	3,8	4,0	0,17
Nb d'ETP AS pour 1 million d'€ Recettes TZA	3,8	4,2	2,2	2,3	2,3	3,1	3,9	0,28
Nb d'ETP IDE et AS pour 1 million d'€ Recettes TZA	8,1	8,1	4,8	5,9	5,7	7,0	8,1	0,21
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1 million d'€ Recettes TZA	1,0	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,55

#### INDICATEURS RELATIFS AUX ETP NON MEDICAUX AFFECTES AUX UF D'ACTIVITE EXTERNE

	#REF!							
Nb d'ETP IDE et AS pour 10000 venues en consultations et soins externes	4,9	0,0	14,4	0,9	0,7	2,9	7,3	1,12
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 10000 venues en consultations et soins externes	0,0	2,2	2,6	4,2	1,7	2,4	3,0	0,66
Nb d'ETP IDE et AS pour 1 million d'€ Recettes externes en consultations et soins externes	19,3	0,0	39,2	2,9	2,2	11,1	24,3	1,02
Nb d'ETP ADMINISTRATIF pour 1 million d'€ Recettes externes en consults et soins externes	0,0	6,5	7,0	12,9	4,9	6,7	8,5	0,69

#### INDICATEURS RELATIFS AUX ETP NON MEDICAUX AFFECTES AUX UF D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

## Annexe 3 Recueil des données dans l'outil ANAP « Audit des secrétariats médicaux »

Accueil :

**ANAP**  
appui santé & médico-social

# Outil

### A - Présentation de l'outil et choix du mode d'utilisation

- Cet outil permet d'analyser la performance des organisations des secrétariats médicaux
- Cet outil contient 2 modes d'utilisation :
  - Diagnostic synthétique
  - Diagnostic détaillé

**Diagnostic synthétique** | **Diagnostic détaillé**

### B - Étapes d'utilisation de l'outil

Une fois le mode d'utilisation sélectionné, la démarche d'utilisation de l'outil passe par 3 phases qui sont :

- La saisie des données
- Le traitement des données (l'analyse de la conformité des données, leur correction éventuelle, le calcul des indicateurs)
- L'analyse des tableaux de bord

Année d'utilisation de l'outil: **2014**

- 1. Saisie des données**
  - Description générale: Complet
  - Description des secrétariats: Complet
  - Analyse de l'organisation: Complet
  - Ouvertures des secrétariats: Incomplet
  - Auto évaluation: Complet
  - Description des postes: Complet
  - Description des effectifs: Complet
- 2. Traitements**

Dernière date de traitement des données: 11/10/2014 21:48
- 3. Tableaux de bord**
  - Tableaux de bord établissement
  - Tableaux de bord secrétariat (synthétique)
  - Analyse comparative

Description générale :

Secretariat | Site géographique | Pôle | Service | Nb types poste | Consultation | HC, HS | Examens | RG, séances | Autres

### Description générale des secrétariats de l'établissement

**Description de l'établissement**

Etablissement	CHU Reims
Finess juridique	
Finess Géographique	510000029
Statut	EPS

**Description des secrétariats**

Pour chaque secrétariat inclus dans l'étude, renseigner sa localisation (site, pôle, service), le nombre de types de poste et les natures de prise en charge des patients.

**Définitions :**  
 Un secrétariat correspond à une secrétaire ou à un groupe de secrétaires ayant un management commun et qui gèrent les mêmes tâches et la même équipe médicale.  
 Un type de poste correspond à un ensemble de tâches définies réalisées par zéro, une ou plusieurs personnes selon les jours de la semaine (exemple : poste de frappe, poste d'accueil...). Le "type de poste" ne prend pas en compte la notion d'horaires de postes (exemple : Une secrétaire gère la frappe de 8h à 16h et une autre secrétaire de 10h à 18h, cela correspond à 1 type de poste)

**Exemples :**  
 - Un service d'un établissement possède 1 secrétariat A de 3 secrétaires. Les tâches sont clairement réparties entre les secrétaires en 3 types de postes : un poste d'accueil physique des patients, un poste d'accueil téléphonique et un poste de frappe. Les secrétaires tournent régulièrement sur ces 3 types de postes. Le poste de frappe est généralement occupé par 2 secrétaires. → Cette configuration correspond à 1 secrétariat de 3 postes  
 - Le secrétariat du Professeur B est géré par une seule secrétaire. → Cette configuration correspond à 1 secrétariat de 1 poste.  
 - Le secrétariat des Médecins C, D et E est géré par 2 secrétaires, il n'y a pas de répartition de tâches définie. → Cette configuration correspond à 1 secrétariat de 1 poste.

**Nature des prises en charge des patients :**  
 Pour chaque secrétariat, cliquer sur les cases correspondantes aux différentes natures de prise en charge (consultation, hospitalisation, examens, etc.) pour cocher ou décocher les cases.

**Complet**

Les noms des secrétariats doivent être uniques.  
 Dans le cas contraire, le nom du secrétariat est affiché en rouge.  
 Le nombre de types de poste et la nature des prises en charge doivent être renseignés.

Secrétariat	Site géographique	Pôle	Service	Nombre de types de poste	Nature des prises en charge des patients					
					Consultation	Hospitalisation complète - hospitalisation de semaine	Examens (exemple : médecine nucléaire...)	Hôpital de jour / Séances	Activités sportives	Autres
Consultations	HMB	TCVN	Maladies respiratoires	3	x			x	x	x
Explorations fonctionnelles	HMB	TCVN	Maladies respiratoires	1			x			
HDJ	HMB	TCVN	Maladies respiratoires	1					x	
Hospitalisations complète	HMB	TCVN	Maladies respiratoires	1		x				
UMA	HRD	Médecines	UMA	1					x	



RDV et dossiers							
Une information orale et/ou écrite (pièces administratives à préparer, modalités d'annulation...) est systématiquement donnée au patient lors de la prise de RDV	Oui	Oui	Oui	Oui			
La programmation des RDV est informatisée et maîtrisée	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les plages et les règles d'affectation des RDV sont définies	Oui	Oui	Oui	Oui			
La gestion des RDV "urgents" est formalisée et maîtrisée	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les plages sont bloquées en fonction des absences médicales de manière anticipée de façon à limiter les déprogrammations.	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les dossiers sont classés dans les 24h suivant leur traitement	Non	Non	Non	Non			
La localisation des dossiers est connue et fiable.	Oui	Oui	Oui	Oui			
Frappe des courriers et compte-rendus							
Les outils de dictée numérique sont disponibles et utilisés	Non	Non	Non	Non			
Le fichier informatique du courrier est rattaché au dossier patient informatisé	Non	Non	Non	Non			
Le courrier version informatique est disponible pour l'ensemble des praticiens de l'établissement	Oui	Oui	Oui	Oui			
Le courrier est corrigé et validé informatiquement par le praticien	Non	Non	Non	Non			
La signature numérique et l'envoi cryptée sont disponibles	Non	Non	Non	Non			
Pour les patients externes (consultations, Hospitalisation de jour, Examens), le courrier est majoritairement remis en main propre au patient	Non	Non	Non	Non applicable			
Environnement et outils de travail							
L'implantation de l'espace de travail est claire et logique	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les bureaux sont rangés (rien ne traîne)	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les dossiers/documents en attente sont classés, visibles et ont une place définie	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les postes sont ergonomiques (postes, lumières, bureaux)	Oui	Oui	Non	Oui			
Les relations entre les secrétaires et les autres acteurs du service sont bonnes (climat de travail sain)	Oui	Oui	Oui	Oui			
Il existe des protocoles formalisés pour les différentes tâches (prise de RDV, accueil du patient...)	Oui	Oui	Oui	Oui			
Il existe un livret d'intégration pour le nouveau personnel (organisation, plan du service, coordonnées, termes médicaux spécifiques au service...)	Oui	Oui	Oui	Oui			
Il existe des documents types utilisés (documents pré-remplis)	Non	Non	Non	Non			
Les plannings médicaux sont connus et fiables	Oui	Oui	Oui	Oui			

Management / Pilotage							
Les secrétaires ont un responsable (cadre) identifié	Oui	Oui	Oui	Oui			
Il existe des objectifs (délai de CR...) et un suivi de ces objectifs	Oui	Oui	Oui	Oui			
Il existe un tableau de polyvalence des secrétaires	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les départs, arrivés et remplacements sont anticipés (transfert des compétences, formation des arrivants)	Oui	Oui	Oui	Oui			
Des formations sont proposées aux secrétaires	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les dysfonctionnements observés sont remontés et traités	Oui	Oui	Oui	Oui			
Des entretiens individuels d'évaluation sont réalisés	Oui	Oui	Oui	Oui			
Organisation du temps							
Le planning des secrétaires est visible ou facilement accessible	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les règles de programmation des congés et absences sont définies	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les plannings de congés sont validés et verrouillés à l'avance	Oui	Oui	Oui	Oui			
Les temps de pause et repas sont définis	Oui	Oui	Oui	Oui			
La charge de travail est anticipée et lissée	Oui	Oui	Oui	Oui			
Lois de surcharge ou souscharge il y a une entraide entre secrétaires	Oui	Oui	Oui	Oui			

Postes :

**Description des postes des secrétariats**

Pour chaque poste identifié précédemment dans la description des secrétariats, définir un code et le nom du poste puis renseigner les nombres minimal, moyen et maximal de secrétaires pouvant occuper le poste chaque jour et la répartition des tâches effectuées sur le poste (en pourcentage par tranche de 5%).

Les postes correspondent aux types de poste définis dans l'onglet "description générale". Un poste correspond donc à un ensemble de tâches définies, réalisées par zéro, une ou plusieurs personnes selon les jours d'une semaine complète (5 ou 6 jours) d'activité normale (exemple : poste de frappe, poste d'accueil...). La notion d'horaires n'est pas prise en compte (exemple : Une secrétaire gère la frappe de 8h à 16h et une autre secrétaire de 10h à 18h), cela correspond à 1 poste "frappe" occupé par 2 secrétaires.

Le code du poste permet d'identifier un poste de façon abrégé (ex : code "FP" pour un poste "frappe", code "Acc" pour un poste "accueil"). Ce code sera repris dans les tableaux de bord.

Une couleur est affectée aux principales tâches des secrétariats médicaux :

- les tâches d'accueil physique (des patients, des médecins...) sont identifiées en jaune ;
- les tâches d'accueil téléphonique sont identifiées en bleu ;
- les tâches de frappe sont identifiées en rouge ;
- la gestion de dossiers, les tâches administratives et l'ensemble des autres tâches sont identifiées en gris.

**Définition des tâches**

<b>Accueil physique des patients</b>	Accueil physique du patient, accueil administratif, prise de RDV avec le patient, remise du courrier au patient...
<b>Accueil des médecins et personnels du service</b>	Accueil et gestion des demandes diverses des médecins et personnels du service
<b>Accueil téléphonique</b>	Réponse téléphonique aux appels entrants internes et externes (prise de RDV par téléphone et autres demandes)
<b>Frappe des courriers</b>	Frappe des courriers, corrections des courriers et impression.
<b>Gestion des dossiers</b>	Création de dossiers, récupération de dossier, rangement de dossiers...
<b>Tâches administratives</b>	Recherche, classement de documents à l'intérieur du dossier, programmation de RDV (en dehors de la présence du patient)
<b>Autres</b>	Gestion des agendas des praticiens, des courriers, des salles de réunions, des plannings médicaux, codage, commande de fournitures...
<b>Autres</b>	Réunions, formations...

**Complet**

Les codes de postes, nombres moyens de secrétaires et répartitions des tâches en % sont obligatoires. Après vérification de la saisie, les erreurs ou données manquantes apparaissent en rouge. Relancer la vérification après avoir modifié les données.

Secrétariat	Code poste	Nom du poste	Nombre de secrétaires sur le poste			Répartition des tâches								Contrôle de cohérence
			Nb min	Nb moyen	Nb max	%	%	%	%	%	%	%	%	
Hospitalisations com	HC	HC	1	1	1	30%	5%	0%	30%	20%	15%	0%	100%	
HDI	HDI	HDI	1	1	1	20%	5%	0%	25%	40%	5%	5%	100%	
Consultations	CS1	Accueil	2	2	2	50%	0%	0%	25%	25%	0%	0%	100%	
Consultations	CS2	Téléphone	2	2	2	0%	0%	50%	25%	25%	0%	0%	100%	
Explorations fonction	EF	EF	1	1	1	0%	0%	25%	50%	25%	0%	0%	100%	

Effectifs :

**Effectifs**

Cet onglet permet de renseigner les données concernant les ressources humaines des secrétariats médicaux afin d'évaluer les écarts entre effectifs théoriques et effectifs réels valorisés (en terme de coûts).

Dans le tableau 1, modifier, pour chaque type de contrat et pour les heures supplémentaires, les coefficients de valorisation en terme de coûts salariaux (Ex : 1 ETP en intérim a un coût salarial de 1,65 x 1 ETP en CDI, soit un coût de + 65% par rapport à un CDI). Renseigner également le nombre d'heures de FOAT de votre établissement (se rapprocher du service des ressources humaines pour connaître ces données) et le taux d'absentéisme moyen annuel pour les secrétariats.

Dans le tableau 2, renseigner pour chaque secrétariat le nombre d'ETP budgétés (ETP théoriques) et le nombre d'heures supplémentaires réalisées par mois.

Dans le tableau 3, renseigner les effectifs à date (date de l'autodiagnostic), 1 ligne par agent.

**Complet**

Après vérification de la saisie, les erreurs ou données manquantes apparaissent en rouge. Relancer la vérification après avoir modifié les données.

Tableau 1 : Valorisation des ETP		Tableau 3 : Liste des effectifs								
OAT et coefficients utilisés pour le calcul de la valorisation des ETP. Ces données (cellules sur fond blanc) sont paramétrables :		Secrétariat	Agent	Statut	ETP contrat	ETP travaillé	Age	Qualification	Type de contrat	Commentaires
CDI	1	Hospitalisations complètes	Agent	Titulaire	1	1	38	Secrétaire médicale	CDI	
CDD	3,45	Consultations	Agent	Titulaire	1	1	39	Secrétaire médicale	CDI	RSI
Intérimaire	0	HDI	Agent	Titulaire	1	1	40	Secrétaire médicale	CDI	
Autre type de contrat 1 (paramétrable)	0	Consultations	Agent	Titulaire	1	1	38	Agent administratif	CDI	
Autre type de contrat 2 (paramétrable)	0	Explorations fonctionnelles	Agent	Titulaire	1	1	39	Agent administratif	CDI	
Heures supplémentaires	8	Consultations	Agent	Titulaire	1	1	40	Agent administratif	CDI	
Obligation Annuelle de Travail (en h)	1607	HDI	Agent	Titulaire	1	0,8	38	Agent administratif	CDI	
Taux moyen d'absentéisme des secrétariats (%)	2,00%	Hospitalisations complètes	Agent	Titulaire	1	1	25	Agent administratif	CDD	
		Consultations	Agent	Titulaire	1	1	28	Agent administratif	CDD	
		Consultations	Agent	Titulaire	1	1	30	Agent administratif	CDD	

Tableau 2 : ETP budgétés et heures supplémentaires		
Secrétariat	ETP budgétés	Nb heures sup.
Consultations	4	0,3
Explorations fonctionnelles	1	0,3
HDI	1	0,3
Hospitalisations complètes	1	0,3

MOUGINOT	Maillys	Décembre 2014
<p align="center"><b>Filière Directeur d'Hôpital</b> Promotion 2013-2015</p>		
<p align="center">La Base de Reims. <i>Benchmarking</i> en Ressources Humaines au service du dialogue de gestion</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : sans objet</p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Comment un directeur d'hôpital peut-il quantifier l'activité produite (output) par la ressource mobilisée (input) et comment peut-il mesurer son degré de performance ? C'est ce que permet le benchmarking, qui consiste à « comparer ses propres pratiques avec celles des concurrents qui réussissent le mieux dans le domaine concerné ». La Base de Reims, créée en 2008 par le centre hospitalier universitaire (CHU) éponyme, en est la première application dans le domaine des ressources humaines. Elle est pourtant méconnue des décideurs en santé et quasi absente de la littérature grise.</p> <p>Cette étude est découpée en quatre temps : tout d'abord, une description de la Base de Reims (I) et de ses modalités de fonctionnement (II), puis une mise en pratique en prenant pour exemple une structure interne du CHU de Reims dont les indicateurs font apparaître des marges de progression (III), et enfin une réflexion sur le devenir de la base (IV).</p> <p>La Base de Reims ou Commission Benchmarking est aujourd'hui, avec quatre ans de recul, un outil de veille et d'amélioration continue de l'efficacité. Sa réussite se lit dans le fait qu'elle a réussi à fédérer 70% des CHU/CHR français. La particularité de son application au domaine de la santé repose sur l'extension qui lui est donnée à travers les études et échanges sur le terrain. Indispensable, elle permet au directeur d'identifier les biais de la Base et de prendre les décisions les plus adéquates.</p> <p>Cependant, pointer du doigt des secteurs en difficulté place le directeur d'hôpital au cœur des aspects politiques. Il est amené à se pencher sur des dysfonctionnements que certains ne sont pas prêts à examiner et doit faire preuve de persévérance et de persuasion pour aller au bout de la démarche et des réformes qu'elle peut engendrer.</p>		
<p><b>Mots clés :</b> GESTION RESSOURCES HUMAINES EFFECTIF PERSONNEL BENCHMARKING BASE DE DONNEES</p>		
<p align="center"><b><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b></p>		