



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

---

**La "Direction de la Performance" : un nouveau dispositif d'action et de pilotage à l'épreuve de la réalité hospitalière**

---

**OLIVIER GUIGOU**



---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont tout d'abord aux membres de l'équipe de direction du centre Hospitalier Sud Francilien pour la qualité de leur accueil durant mon stage de fin d'études.

Je remercie particulièrement **Bénédicte DRAGNE-EBRARDT**, Directrice des Finances du CHSF (et maître de stage), **Thierry SCHMIDT**, Directeur du CHSF ainsi que **Gilles CALMES**, adjoint au directeur du CHSF, pour leur soutien et la confiance qu'ils m'ont accordé sur l'ensemble des dossiers confiés ; et plus particulièrement sur les dossiers relevant de la Direction de la Performance. A travers différents dossiers (l'optimisation de l'IPDMS de l'unité de gériatrie aigüe, la réorganisation du brancardage, l'amélioration de la facturation avec le projet SIMPHONIE, la mise en place d'une permanence de soins inter GHT en urologie), j'ai pu me rendre compte de plus près de l'intérêt et la plus-value de la Direction de la Performance. **Un grand merci.**

Je tiens à remercier le corps médical du CHSF, notamment la présidente de la Commission Médicale d'Établissement du CHSF, **le Docteur Michèle GRANIER**, pour son écoute, sa bienveillance et ses interventions sur différents sujets (notamment celui de l'IPDMS de Gériatrie) ; mais également le chef de service de la médecine polyvalente et de la gériatrie aigüe, le Docteur **Nathalie CERVANTES**, pour cette fructueuse collaboration.

Je remercie les **132 directeurs d'établissements** qui ont eu la gentillesse de répondre au questionnaire national transmis par mail à 531 directeurs d'établissements. La majorité (90%) a souhaité recevoir les résultats. Je profite de cette occasion pour les remercier de l'intérêt qu'ils ont porté à ma démarche, et leur signaler que je leur transmettrai ces données prochainement. **Merci.**

Merci aux neuf autres professionnels qui m'ont consacré de leur temps précieux et m'ont aidé à éclairer de leur lumières le monde de la Performance :

- **Sandra BERTEZENE**, (CNAM), Professeure titulaire de la chaire de gestion des services de santé du Conservatoire national des arts et métiers,
- **Antoine GEORGES-PICOT**, directeur du cabinet de consulting GovHE et ancien Vice-Président de CAP GEMINI,

- **Pierre Etienne HAAS** (APHP), Direction du pilotage de la transformation, (précédemment Coordinateur du programme « efficacité des organisations » ARS d'Île-de-France),
- **Mona KRICHEN** (ANAP), directeur de projet, en charge du Programme National des Projets Performance,
- **Patrick LE JEUNE**, Manager santé Groupe Averroes,
- **Anne LEFEBVRE**, Directrice du centre hospitalier Lannion-Trestrel,
- **Antoine MALONE**, Directeur de projet chargé de la prospective FHF,
- **Erwan OLLIVIER**, Enseignant EHESP Contrôle de Gestion et Outils de Pilotage des établissements de santé pour m'avoir aidé à superviser ce mémoire,
- **Erwann PAUL**, Directeur de la Performance CHSF.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1<sup>ERE</sup> PARTIE : LA PERFORMANCE SANITAIRE EST MULTIDIMENSIONNELLE ET COMPLEXE A DEFINIR. MAIS PLEBISCITEE TANT PAR LES TUTELLES QUE LES CONSOMMATEURS DE SOINS, ELLE S'EST IMPOSEE POUR DEVENIR INCONTOURNABLE.....</b>	<b>4</b>
<b>A. LES CRITERES D'EVALUATION DE LA PERFORMANCE SANITAIRE PEUVENT VARIER EN FONCTION DES ACTEURS. MAIS LE PATIENT RESTE INVARIABLEMENT AU CŒUR DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE .....</b>	<b>4</b>
1. Les critères multidimensionnels définissant la Performance sanitaire.....	4
1.1. <i>La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pose les fondations de la Performance des systèmes de Santé.....</i>	4
1.2. <i>La définition de la Performance des systèmes de santé varie en fonction des critères retenus par les acteurs.....</i>	5
2. Même si les critères de la Performance sanitaire peuvent varier selon les acteurs, la place centrale du patient au cœur du dispositif est reconnue unanimement .....	6
2.1. <i>Le modèle KAPLAN et NORTON ou Balanced Score Card.....</i>	7
2.2. <i>La chaîne de la Performance .....</i>	8
<b>B. LA NOTION DE PERFORMANCE EST DEVENUE UN ELEMENT INCONTOURNABLE DE LA GESTION HOSPITALIERE, PLEBISCITEE TANT PAR LES TUTELLES QUE PAR LES CONSOMMATEURS DE SOINS.....</b>	<b>10</b>
1. Une exigence de Performance impulsée par les tutelles .....	10
1.1. <i>La tarification à l'Activité .....</i>	11
1.2. <i>Les Agences Régionales de Santé (ARS).....</i>	11
1.3. <i>L'Agence Nationale d'Appui à la Performance .....</i>	12
1.4. <i>Le développement et suivi de la qualité des soins .....</i>	14
2. Des consommateurs de soins de mieux en mieux renseignés pour optimiser leur prise en charge.....	15
2.1. <i>Les classements nationaux de la presse française.....</i>	15
2.2. <i>Les sites internet officiels.....</i>	16
2.3. <i>Les sites internet participatifs.....</i>	17

## **2<sup>EME</sup> PARTIE : PANORAMA DE LA GESTION DE LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS FRANÇAIS ..... 19**

### **A. LES DIRECTIONS DE LA PERFORMANCE : UN NOUVEAU DISPOSITIF D’ACTION ET DE PILOTAGE EFFICACE, A L’EPREUVE DE LA REALITE HOSPITALIERE ..... 20**

1. Un dispositif récent principalement rattaché à la direction générale ..... 20
2. Dimensionnement des équipes et compétences recherchées ..... 21
3. Typologie des missions confiées ..... 22
4. Accès aux données et suivi des missions ..... 24
5. La Direction de la Performance perçue comme un levier pour optimiser les organisations ..... 24
6. Les difficultés rencontrées par ces directions ..... 25
7. Les actions envisagées par les managers en santé pour optimiser l’efficience des Directions de la Performance existantes ..... 26

### **B. QUELS SONT LES FREINS RENCONTRES PAR LES ETABLISSEMENTS NON EQUIPES DU DISPOSITIF, ET LES ORGANISATIONS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA PERFORMANCE ..... 27**

1. Opportunités de développement ..... 27
2. Les freins rencontrés ..... 27
3. La typologie des missions envisagées ..... 28
4. Quelle organisation pour pallier l’absence d’une Direction de la Performance ..... 29
  - 4.1. *Les acteurs de l’amélioration de la Performance* ..... 29
  - 4.2. *Description de l’organisation mise en place* ..... 30

### **C. ORGANISATION DE LA DIRECTION DE LA PERFORMANCE DU CHSF ..... 31**

1. L’organisation du CHSF et ses problématiques ..... 31
2. L’accompagnement d’un cabinet de conseil et la création d’une direction des projets . 32

## **3<sup>EME</sup> PARTIE : LE DISPOSITIF « DIRECTION DE LA PERFORMANCE » DU CHSF : UN LEVIER D’OPTIMISATION POUR LA REDUCTION DE L’IPDMS EN UNITE DE GERIATRIE AIGÛE ... 33**

### **A. CONSTAT ET PLAN D’ACTIONS ..... 33**

1. **Audit et problématiques** ..... 33
2. **Plan d’actions** ..... 36

2.1.	<i>En amont de l'hospitalisation</i> .....	36
2.2.	<i>Pendant l'hospitalisation</i> .....	36
2.3.	<i>En aval de l'hospitalisation</i> .....	37
<b>B.</b>	<b>LE DISPOSITIF DE LA PERFORMANCE, UN LEVIER QUI ADMET CERTAINES LIMITES</b> .....	<b>38</b>
1.	La Direction de la Performance : un levier pour l'optimisation des organisations .....	38
2.	Les limites du dispositif .....	40
3.	Retour d'expérience sur l'optimisation des résultats de la Direction de la Performance	42
3.1.	<i>L'« Expérience Patient »</i> .....	42
3.2.	<i>La gestion des « irritants »</i> .....	43
3.3.	<i>Une équipe pluridisciplinaire</i> .....	44
3.4.	<i>Réaliser des tests à petite échelle</i> .....	44
3.5.	<i>Trouver des solutions innovantes</i> .....	45
3.6.	<i>La « Direction de la Performance » : un intitulé qui porte à caution</i> .....	45
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>46</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>I</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>III</b>





---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ADH</b>	Association des Directeurs d'Hôpital
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ANAP</b>	Agence National d'Appui à la Performance
<b>APHP</b>	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation
<b>CHSF</b>	Centre Hospitalier Sud Francilien
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CODIR</b>	Comité de DIRection
<b>COPERMO</b>	COmité interministériel de PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>DAF</b>	Direction des Affaires Financières
<b>DDASS</b>	Délégation Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DIM</b>	Direction de l'Information Médicale
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DOP</b>	Direction des OPérations
<b>DRASS</b>	Délégation Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>EHCI</b>	Euro Health Consumer Index
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EPRD</b>	Etat Prévisionnel des Recettes et de Dépenses
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IPAQSS</b>	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
<b>IPDMS</b>	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>MAIA</b>	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

<b>MCU-PH</b>	Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCME</b>	Président de la Commission Médicale d’Etablissement
<b>PGFP</b>	Plan Global de Financement Pluriannuel
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PLFSS</b>	Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale
<b>PMP</b>	Projet Médical Partagé
<b>PPP</b>	Partenariat Public - Privé
<b>PREF</b>	Plan de Retour à l’Equilibre Financier
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PUPH</b>	Professeurs des Universités – Praticien Hospitalier
<b>RIA</b>	Relevé Infra Annuel
<b>ROI</b>	Return On Investment (Retour sur investissement)
<b>SAE</b>	Statistiques Annuelles des Etablissements
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>T1, T2, T3, T4</b>	Titre 1, Titre 2, Titre 3, Titre 4
<b>T2A</b>	Tarifcation à l’Activité
<b>UHCD</b>	Unité d’Hospitalisation de Courte Durée
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisse d’Assurance Maladie

## Introduction

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) publie le classement des meilleurs systèmes de santé mondiaux. La France est à l'honneur et occupe la première place alors que les Etats-Unis d'Amérique occupent la 37ème place. Le système sanitaire français serait donc le plus performant.

Pourtant, depuis cette parution, de nombreux éléments sont venus fragiliser l'étude de l'O.M.S. Nous en citerons quelques-uns à titre d'exemple, même si certains peuvent être sujets à caution.

En 2012, un sondage TNS SOFRES, pour la Fédération Hospitalière de France (F.H.F), indique que 15% des actes réalisés dans les hôpitaux seraient inutiles et donc évitables. Jean Léonetti, ancien président de la FHF, estimait, à cette époque, que « ces actes pouvaient représenter jusqu'à 10% des dépenses de santé ».

En Octobre 2012, un sondage réalisé par un autre institut, l'IFOP, estime que 59 % des Français renoncent à se soigner en raison des délais trop importants pour obtenir une consultation (jusqu'à 104 jours en ophtalmologie).

En 2014, Didier MIGAUD, premier président de la cour des Comptes, met à mal les Performances financières des établissements sanitaires français en annonçant « un niveau d'endettement critique »<sup>1</sup>, et une dette des hôpitaux publics s'élevant à près de 30 milliards d'euros, l'équivalent de 1,4% du PIB.

L'IGAS, en Juillet 2014, publie dans son rapport « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France » que le taux global de chirurgie ambulatoire s'élève à 36% contre plus de 50% pour les pays d'Europe du Nord<sup>2</sup>.

En Janvier 2016, l'IGAS<sup>3</sup> pointe le retard de la France dans la consommation des médicaments génériques (33 % de la consommation totale des médicaments prescrits comparés aux plus de 75 % rapportées chez certains de nos voisins comme le Royaume-Uni ou encore l'Allemagne).

Bien entendu, toutes ces thématiques ont été ciblées depuis, et ont fait l'objet de plans d'actions gouvernementaux. D'ailleurs, le PLFSS 2017 consigne<sup>4</sup> des actions complémentaires sur ces mêmes thématiques prévoyant un montant global d'économies de 4.05 milliards d'euros.

---

<sup>1</sup> Rapport publié le 11 avril 2014

<sup>2</sup> 74% au Danemark et 69% en Suède.

<sup>3</sup> Rapport IGAS - Pilotage opérationnel du Plan national d'action de promotion de médicaments génériques (Janvier 2016)

<sup>4</sup> PLFSS 2017. Annexe 7 / Pages 14 & 15. Paragraphe « 1.2.4. Les mesures nouvelles d'économies »

**Ces axes d'améliorations ne sont pas spécifiques à la France. Chaque système de santé admet ses faiblesses et identifie des plans d'actions pour améliorer ses Performances.**

Mais sachant que le système de santé français a été désigné comme le meilleur du monde, il est intéressant de s'interroger sur la notion même de Performance, et surtout sur la définition de la Performance sanitaire. De quoi parle-t-on ? Quels sont les périmètres de cette Performance ?

La définition de la Performance dans la langue de Molière, est différente de celle retenue par nos voisins anglo-saxons. Dans le premier cas, le mot Performance est défini comme un exploit ou réussite dans un domaine quelconque. Il implique une idée de résultat, de réalisation, de finalisation d'un produit. La définition anglo-saxonne se réfère plus au comportement d'une personne face à une situation donnée.

La définition de la Performance dans le milieu sanitaire est complexe car elle est multifactorielle et plurielle. Son évaluation dépend essentiellement des critères qui ont été choisis. Comme ils sont nombreux, les résultats peuvent varier en fonction des enquêtes. Mais nous verrons que certains éléments sont immuables, quel que soient les critères d'évaluation.

La notion de la Performance est de plus présente au niveau des établissements. Les méthodes de gestion ont grandement évolué depuis les années 70. Les objectifs fixés aux directeurs d'établissements également. Les évolutions successives du cadre réglementaire ont institué une concurrence entre les structures. Le champ lexical du marketing est venu prendre sa place à l'Hôpital. L'augmentation des parts de marché, les ROI<sup>5</sup>, les plans de communication, les éléments de langage sont venus bouleversés les paradigmes hospitaliers, pour s'adapter aux évolutions du monde moderne, aux exigences de la société de consommation, où le patient s'est transformé en consommateur de soins. Acheter des soins sur catalogues, à l'étranger avec l'apparition du tourisme médical, comparer les qualités de prises en charge avant de choisir l'établissement à qui nous allons confier notre santé ; telles sont les nouvelles tendances du marché de la « consommation sanitaire ». Mais, pour choisir, encore faut-il connaître les éléments de la Performance sanitaire. Un établissement est-il performant car il propose le wifi en haut-débit ? Ou parce que le service de conciergerie est agréable et efficace ?

Les managers en santé doivent intégrer ces nouvelles dimensions pour proposer une offre complète qui permettra de fidéliser le consommateur à travers une « Expérience Patient » optimisée. Pour cela, la Performance doit être au centre de leur stratégie.

Un nouveau type de direction fonctionnelle a vu le jour depuis 2007 dans les établissements publics : les Directions de la Performance. A ce jour, peu de retours existent sur ces nouveaux dispositifs. L'objectif de ce mémoire est donc d'aider à répondre à la question : Les "Directions de la Performance"

---

<sup>5</sup> Return On Investment.

sont-elles considérées par les managers en santé comme un levier pour optimiser la Performance des Etablissements Publics de Santé ?

Nous **définirons dans un premier temps la notion de Performance sanitaire**, devenue de nos jours incontournable et au cœur des préoccupations des tutelles mais également des patients (consommateurs de soins) ; tous deux désireux de fournir (ou d'obtenir) les meilleures prestations sanitaires.

Après avoir mieux cerné le périmètre et les enjeux, nous contacterons 531 établissements publics français par le biais d'un questionnaire envoyé par courriel, pour obtenir un **panorama sur les différents dispositifs** mis en place actuellement (dimensionnement, missions, problématiques rencontrées...); nous leur demanderons bien entendu s'ils considèrent leur Direction de la Performance comme un levier pour optimiser leurs organisations. Sur les 531 structures contactées, 131 ont accepté de répondre à ce questionnaire national. 32 établissements disposaient de ladite Direction de la Performance (ou Direction des Opérations).

Pour les 99 établissements non équipés d'un tel dispositif, nous les solliciterons pour appréhender leur ressenti par rapport à cette direction fonctionnelle transversale, (création envisagée, type de missions potentiellement confiées, freins rencontrés...), et l'organisation mise en place pour pallier cette absence de direction transversale.

**Enfin, à travers mon expérience au sein de la Direction de la Performance du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF), je me soumettrai à ces mêmes questionnements**, en me basant sur une mission concrète, dans l'objectif de répondre à la problématique du mémoire ; de cerner les limites de ce dispositif, le cas échéant, et d'apporter un début de réflexion sur ce que pourraient être les bonnes pratiques.

**1<sup>ère</sup> partie : La Performance sanitaire est multidimensionnelle et complexe à définir. Mais plébiscitée tant par les tutelles que les consommateurs de soins, elle s'est imposée pour devenir incontournable**

**A. Les critères d'évaluation de la Performance sanitaire peuvent varier en fonction des acteurs. Mais le patient reste invariablement au cœur de l'évaluation de la Performance**

## **1. Les critères multidimensionnels définissant la Performance sanitaire**

### **1.1. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pose les fondations de la Performance des systèmes de Santé**

L'organisation Mondiale de la santé aborde la notion de Performance sanitaire dans son rapport publié en 2000<sup>6</sup>. Cette institution innove en proposant pour la première fois un indice de la Performance des systèmes de santé nationaux dans la réalisation de trois grands objectifs : **« Améliorer la santé, répartir équitablement la contribution financière et répondre aux attentes de la population »**.

**L'amélioration de la santé** est incontestablement le premier objectif d'un système de santé. On peut citer comme indicateurs clés : l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité... Mais en raison du coût parfois important des soins et de leur imprévisibilité, il importe de mettre en place des mécanismes garantissant la répartition des risques et une protection financière. Dès lors, le deuxième objectif d'un système de santé doit être **l'équité de la contribution financière**. Mesurer l'équité selon cette approche revient à analyser la distribution des indicateurs de résultats dans la population, en s'intéressant aux paramètres de dispersion (variance). Plus la dispersion autour de la valeur moyenne est élevée, moins le système assure une distribution équitable de ses ressources et résultats.

Le troisième objectif réside en la capacité de **répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que celui de la santé**, notamment la nécessité de respecter la dignité, la liberté des personnes ainsi que la confidentialité de l'information.

---

<sup>6</sup> OMS. *Rapport sur la santé dans le Monde : Pour un système de santé plus performant (2000)*

Pour fonder leur action sur des mesures de la Performance, les responsables de l'élaboration des politiques doivent clairement comprendre les **fonctions clés d'un système de santé**.

Le rapport de l'OMS en définit quatre :

- la prestation de services ;
- la production des ressources humaines et matérielles permettant de dispenser les services,
- la collecte et la mise en commun des ressources utilisées pour financer les soins de santé,
- l'administration générale, qui est la définition et la mise en œuvre des règles et d'une orientation stratégique destinée à toutes les parties prenantes.

Le niveau et le management des ressources disponibles conditionnent la pérennité du système de financement. Notons toutefois que la Performance financière ne représente qu'une partie de la Performance des systèmes de santé. **Ainsi, la Performance des systèmes de santé correspond à l'aptitude des pays à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles.**

L'OMS a établi un classement des systèmes de santé les plus performants. En 2000, la France figurait à la première place du classement devant l'Italie et Saint Marin. Le Canada, souvent cité comme un système de santé à la pointe des innovations tant techniques que managériales, ne figurait qu'à la 30<sup>ème</sup> place (cf. **Annexe N°1 : résultat classement de l'OMS**).

Mais toute étude de ce type admet sa méthodologie propre, et par conséquent, peut être sujet à critique. Même si la définition de l'OMS est assez large et permet d'intégrer de nombreux paramètres, ces indicateurs ne pas sont généralisables. Divers acteurs (publics ou privés) s'essayent également à classer les Performances des systèmes de santé.

## **1.2. La définition de la Performance des systèmes de santé varie en fonction des critères retenus par les acteurs**

Il existe une multitude de classements nationaux et internationaux qui évaluent les Performances des systèmes de santé. Ces études peuvent être récurrentes ou ponctuelles. Chaque institution a sa propre méthodologie. Le choix des critères est donc subjectif. On citera notamment :

- le classement annuel du « Health Consumer Powerhouse » intitulé le « Euro Health Consumer Index (EHCI) », basé sur l'analyse de 48 indicateurs, tels que le respect du droit des patients, l'accès aux soins, les services proposés au patients, la prévention... (cf. **Annexe N°2 : Classement EHCI 2016**).

- La société BLOOMBERG, quant à elle, va plutôt axer son étude annuelle sur 3 critères spécifiques<sup>7</sup> : l'espérance de vie (60%), le coût par habitant (30%) et la part du PIB (10%). (cf. **Annexe N°3 : Classement BLOOMBERG 2016**).
- S'agissant de l'O.N.G américaine « COMMONWEALTH FUND », les critères prennent en compte la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'équité, avec notamment les données relatives à la sécurité, aux délais d'attente, à l'égalité d'accès aux soins, ou encore à l'organisation administrative.
- La prestigieuse revue scientifique « THE LANCET » a comparé la Performance des systèmes de santé internationaux de 1990 à 2015<sup>8</sup>, à travers une analyse des taux de mortalité de 32 maladies pour lesquelles les décès peuvent en théorie être évités, à condition d'un accès rapide à des soins efficaces (tuberculose, cancer du sein, leucémie, certaines maladies cardiovasculaires...).

La non-universalité des critères et indicateurs de la Performance rend ainsi toutes comparaisons difficiles, comme en témoigne le classement de la Performance française à travers ces 5 études internationales (oscillant entre la première et la quinzième place).

Classements	Classement de la France
<b>Classement OMS 2000.</b> <i>Rapport sur la santé dans le Monde : Pour un système de santé plus performant</i>	1er
<b>Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016</b>	11ème
<b>Bloomberg Most Efficient HEALTH CARE (2016)</b>	15ème
<b>Commonwealth Fund (2014)</b> <i>Mirror, Mirror on the Wall - How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally</i>	9ème
<b>The LANCET</b> <i>Healthcare Access and Quality Index (2015)</i>	15ème

Pour autant, malgré la multitude de critères, la place centrale du patient au cœur du dispositif est reconnue unanimement.

## **2. Même si les critères de la Performance sanitaire peuvent varier selon les acteurs, la place centrale du patient au cœur du dispositif est reconnue unanimement**

Le Dr Marie Annick LE POGAM, médecin de Santé Publique, précise que « *l'hôpital public doit s'intégrer dans un système de soins complexe dont la Performance repose notamment sur une accessibilité équitable à des prestations adaptées et sûres, dans des délais adéquats (réactivité), par des professionnels compétents et où la coordination et la communication entre ses partenaires et*

<sup>7</sup> Bloomberg Most Efficient Health Care - <http://assets.bwbx.io/images/users/iqjWHBFdfxIU/iNK1THx4aD20/v3/-1x-1.png>

<sup>8</sup> Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015

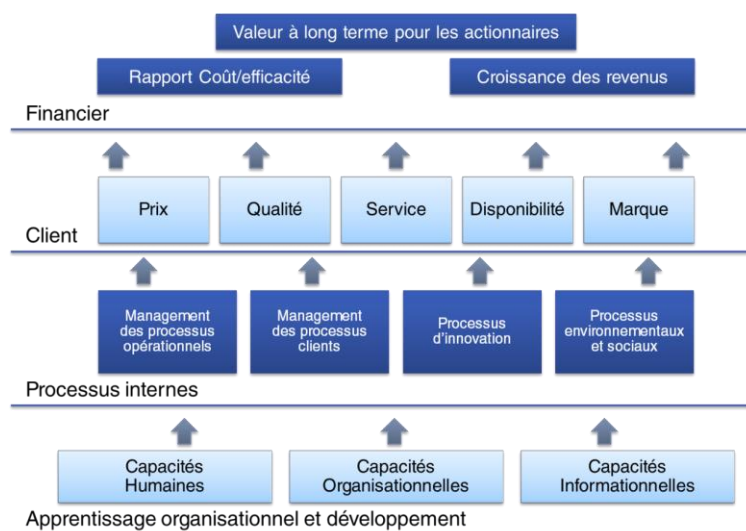


*l'innovation permanente en conditionnent la qualité. Ainsi, l'efficience, l'efficacité clinique, l'accessibilité, la coordination des soins, la réactivité, la sécurité ou la gestion des risques, l'équité, la compétence des professionnels, la capacité à innover et à communiquer sont autant de dimensions de la Performance hospitalière »<sup>9</sup>.*

Elle admet également qu'il « est internationalement reconnu que le système de soins (et en particulier l'hôpital) se doit de placer l'utilisateur (autrefois appelé « le patient ») au centre de ses préoccupations »<sup>9</sup>. Les modèles socio-économiques en vigueur intègrent cette logique. Le Modèle KAPLAN et NORTON (Balanced Score Card) fait figure de référence<sup>10</sup>.

## 2.1. Le modèle KAPLAN et NORTON ou Balanced Score Card

Le Modèle KAPLAN et NORTON (1992) place la satisfaction Patient (Client) comme un préalable à toute Performance financière. Ce modèle définit 4 axes : l'apprentissage organisationnel, les processus interne, la satisfaction client et la Performance financière.



Les 4 Axes	Objectifs	descriptions
Axe financier	<b>RENTABILITE DU CAPITAL</b>	Évaluer les effets économiques des actions passées. Rentabilité, capacité à dégager des liquidités, chiffre d'affaires. Visée externe = pour les financeurs et actionnaires.
Axe client	<b>SATISFACTION DES CLIENTS</b>	Evaluer les effets sur les clients de la prestation délivrée. Satisfaction des clients, fidélité, attractivité, pertinence de l'offre. Visée externe = pour les clients.

<sup>9</sup> La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* 2009/5 (n° 25), p. 116-134.  
<sup>10</sup> Le tableau de bord prospectif, Robert S. KAPLAN, David P. NORTON, Editions d'Organisation, 2003, (ISBN 2-7081-2932-5)

Axe interne	processus	<b>QUALITE EFFICACITE PROCESSUS</b>	<b>ET DES</b>	Définir les processus (les activités majeures, les métiers) clés. Indicateurs de processus clés qui ont une influence sur la satisfaction des clients et des actionnaires. Visée interne = pour la direction et les opérationnels.
Axe organisationnel	apprentissage	<b>COMPETENCES SALARIES</b>	<b>DES</b>	Les dispositifs mis en place par l'entreprise pour s'améliorer et s'adapter à son environnement à long terme. Indicateurs de suivi des savoirs et des compétences.

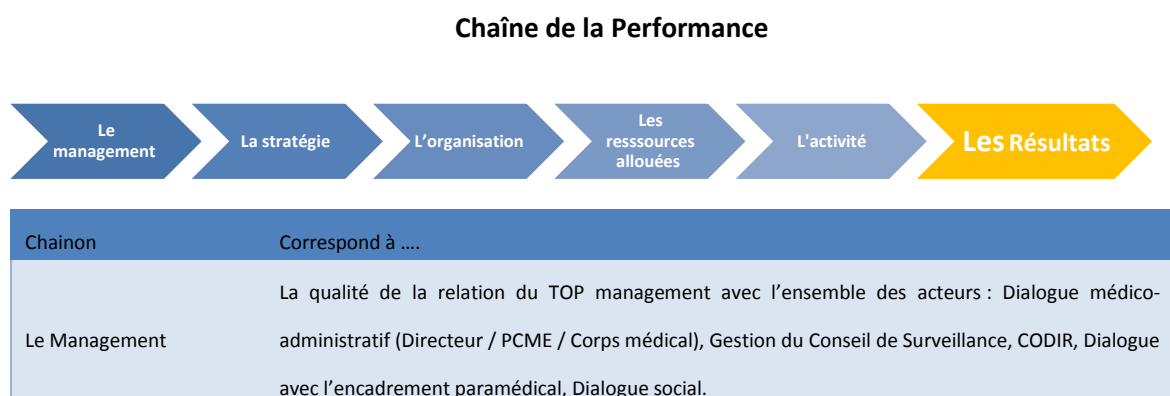
L'hypothèse fondamentale du Tableau de Bord Prospectif (Balanced Score Card ou BSC) est qu'il dispose d'une carte stratégique. Les indicateurs de Performance des 4 axes du BSC sont liés entre eux par une **chaîne de causalité**. Pour obtenir de bons résultats au niveau des indicateurs financiers et donc satisfaire les actionnaires (perspective financière), l'entreprise doit avoir des clients satisfaits, fidèles et rentables (perspective client) pour lesquels des processus de qualité doivent être mis au point (perspective processus internes). D'où la nécessité d'avoir un personnel motivé et compétent, des systèmes d'information fiables et performants et une bonne gestion de l'apprentissage organisationnel (perspective d'apprentissage et de la croissance). Une fois évalués, les axes représentant la relation de cause à effet entre indicateurs de Performance constituent le Schéma Explicatif de la Performance.

Le point le plus sensible est celui des capacités stratégiques, ou apprentissage. Il consiste en effet à adapter l'organisation, pour la rendre apprenante, afin qu'elle s'enrichisse de nouvelles connaissances par des effets d'interaction entre les décideurs, les opérationnels, les clients, et les autres parties prenantes.

De nombreuses applications découlent de cette théorie. Le groupe de consulting AVERROES a notamment traduit cela à travers une chaîne opérationnelle de la Performance.

## 2.2. La chaîne de la Performance

Patrick LE JEUNE, Directeur d'Hôpital et Manageur Santé du cabinet de conseil GROUPE AVERROES, adapte pour le milieu hospitalier la théorie du « Balanced Score Card » sous la forme d'une chaîne de la Performance:



La stratégie	La définition de l'offre de soins, des modes de prise en charge, des cibles et des partenariats.
L'organisation	Taille et architecture des pôles, contractualisation interne, Délégation de gestion & intéressement des pôles, articulation des services (exemple : Intégration du contrôle de gestion à l'équipe du DIM...).
Les ressources allouées	Personnel, Investissements....
L'activité	Production de l'hôpital (Consultations / Actes...).
Les résultats	Performance financière, qualité des soins....

Parallèlement, 6 marqueurs permettent la mesure de fonctionnalité de cette chaîne :

Catégories	Marqueurs de la Performance
<b>3 marqueurs externes</b>	La satisfaction patient / La satisfaction prescripteur / La Part de Marché.
<b>3 marqueurs internes</b>	La productivité des capacités / La productivité des équipes / La qualité de vie au travail.

Pour pérenniser la Performance hospitalière, les 6 marqueurs doivent être sécurisés.

La satisfaction patient et le process qualité est au cœur de l'enjeu. Il conditionne la fidélité du « consommateur » et la capacité de la structure à recruter de nouveaux patients dans son territoire ou à l'extérieur de son territoire. La notion de part de marché, empruntée au champ lexical du marketing, est de plus en plus prégnante dans les discours des managers de santé.

Patrick LE JEUNE précise qu'« *un établissement à l'équilibre financier qui prodigue des mauvais soins n'est pas un système performant. Il s'agit purement et simplement d'un équilibre financier court terme et fragile* ».

De nombreux autres modèles multidimensionnels d'appréciation hospitalière de la Performance existent. Que ce soit l'approche intégratrice fondée sur la théorie du système social de PARSONS<sup>11</sup> repris par le modèle de SICOTTE, les travaux de G. DUSSAULT<sup>12</sup>, de A. DONABEDIAN<sup>13</sup>, ou le Triple Aim de BERWICK,<sup>14</sup> ils placent tous la satisfaction des usagers au cœur de la Performance.

Eric GUYADER, Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais, résume cette équation par ce diagramme<sup>15</sup>, tiré de la théorie du Lean management. Les 3 thématiques sur lesquelles repose la Performance hospitalière (qualité et sécurité des soins, la gestion de l'implication du personnel et l'efficience économique) se structurent autour du patient.

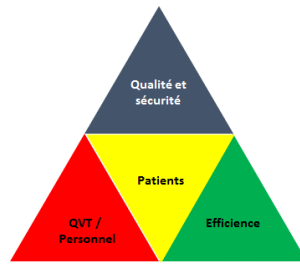
<sup>11</sup> SICOTTE, F. CHAMPAGNE et A.P. CONTANDRIOPOULOS, « A Conceptual Framework For The Analysis of Health Care Organizations' Performance », Health Services Management research, N°11, 1998, pp.24-48.

<sup>12</sup> G. DUSSAULT, « Cadre pour l'analyse de la main d'œuvre sanitaire », Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, Vol7, n°2, 2001, pp.64-78.

<sup>13</sup> Avedis. DONABEDIAN, « Explorations in Quality Assessment and Monitoring : the criteria and standards of quality » Health Administration Press, 1982, Tome II, p.504.

<sup>14</sup> The Triple Aim: Care, Health, and Cost. Donald M. BERWICK, Thomas W. NOLAN and John WHITTINGTON

<sup>15</sup> Présentation du 12 juillet 2017 / Etude cas CH BEAUVAIS / EHESP.



La non-universalité des critères et indicateurs rend la notion de Performance Hospitalière complexe à appréhender. Cependant les pouvoirs publics et les consommateurs de soins n'ont cessé de se repositionner au cœur des missions des managers en santé.

## **B. La notion de Performance est devenue un élément incontournable de la gestion hospitalière, plébiscitée tant par les tutelles que par les consommateurs de soins**

L'amélioration de la Performance des établissements de santé a été l'un des principaux objectifs de la succession de réformes sanitaires survenues depuis les années 1970.

### **1. Une exigence de Performance impulsée par les tutelles**

A l'instar des pays anglo-saxons dans les années 70, les contraintes budgétaires et l'augmentation de la demande de soins qui pèsent sur les systèmes de santé européens guident les réformes gouvernementales vers une mise en concurrence encadrée des établissements de santé<sup>16</sup>. Inspirées de modèles microéconomiques issus de la théorie des incitations (concurrence par comparaison), celles-ci s'accompagnent de la transformation des prestataires de soins en « entrepreneurs de soins » mis en compétition pour l'acquisition de ressources et de « patientèle », et de la volonté de mise en place d'outils d'évaluation et d'amélioration de la Performance des systèmes de soins. A ce titre, la Performance consiste avant tout à trouver la meilleure efficacité organisationnelle<sup>17</sup>.

Depuis les années 90, de nombreuses réformes sanitaires ont vu le jour en France. Trois actions ont notamment permis d'accélérer la notion de Performance hospitalière dans le système de santé français : la **tarification à l'activité (T2A)**, la structuration de l'offre sanitaire centralisée autour des **Agences Régionales de Santé (CPOM, Régime d'autorisation, visa et contrôle financier)**, le **développement et le suivi de la thématique qualité - gestion des risques**.

---

<sup>16</sup> HASSENTEUFEL et PALIER, 2000

<sup>17</sup> MORIN E., 2008.

### **1.1. La tarification à l'Activité**

Dans les années 1980, la dotation globale<sup>18</sup>, visait à rationaliser les dépenses hospitalières via un système de financement dissocié de la notion du niveau d'activité, tout en assurant une trésorerie régulière pour l'établissement. Charge aux directeurs de piloter les dépenses afin d'atteindre l'équilibre budgétaire. La mise en place du financement à l'activité (T2A)<sup>19</sup> a renversé les logiques de financement pour passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, et donc de concurrence entre établissements.

Les recettes n'étant plus garanties, le directeur doit optimiser son offre de soins, la faire coïncider avec les besoins de la population, mais également s'assurer de l'attractivité de sa structure. En effet, le choix de la structure incombant aux patients, ils sont libres de choisir celle qu'ils pensent la plus appropriée pour initier une prise en charge médico-chirurgicale.

La hausse du « Chiffre d'Affaires » passe donc essentiellement par l'optimisation de ses parts de marché sur les segments sanitaires identifiés par le plan stratégique, au détriment d'autres structures moins attractives. Ce type de « financement à l'activité » a challengé les hôpitaux qui se trouvent dans l'obligation d'améliorer leur Performance globale sous peine de se voir réduire les financements, impliquant à court terme un plan de restructuration économique pour réduire les dépenses, afin de respecter les critères financiers contrôlés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

### **1.2. Les Agences Régionales de Santé (ARS)**

Les Agence Régionales de Santé, issues de la fusion des Agences Régionales d'Hospitalisation, des services déconcentrés du Ministère de la Santé (DRASS, DDASS), du Groupement Régional de Santé Publique, de certains organismes de sécurité sociale (URCAM...), sont omniprésentes dans le paysage sanitaire français.

Elles ont pour objectif d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population, d'accroître l'efficacité du système, de moderniser et rationaliser l'offre de soins et de veiller à la bonne gestion des dépenses hospitalières et médicales.

Elles sont garantes de la Performance financière des établissements de santé. A ce titre, les directions d'établissements transmettent aux ARS l'ensemble des documents financiers<sup>20</sup> pour validation (ou information dans certains cas). En cas de déséquilibre financier supérieur aux seuils mentionnés ci-dessous, le Directeur Général de l'ARS concernée demande aux directeurs d'établissements, un plan de redressement<sup>21</sup>. Lorsque le plan présenté ne permet pas de redresser la situation de

---

<sup>18</sup> Promulguée par la loi N°83-25 du 19 janvier 1983

<sup>19</sup> Tarification à l'activité loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34)

<sup>20</sup> Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP), Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), Relevé Infra Annuel (RIA), comptes financiers

<sup>21</sup> Article L6143-3 et D 6143-39 du CSP

l'établissement, ou n'est pas mis en œuvre, l'ARS peut placer l'établissement sous administration provisoire<sup>22</sup>.

	Ratio	Seuil
<b>Seuils réglementaires</b>	Taux de résultat / produits (ets sans emploi fonctionnel)	> -3%
	Taux de résultat / produits (ets avec emploi fonctionnel)	>-2%
	Taux de CAF / produits	>2%
	CAF nette	Seuil positif
<b>Ratio d'endettement</b>	Durée apparente de la dette	< 10 ans
	Taux d'indépendance financière	< 50%
	Encours de la dette / produits	<30%

Avec son outil DIAMANT, alimenté par les différentes remontées des hôpitaux (e-pmsi, SAE, bilan social, compte financier, indicateurs HAS), l'ARS met à disposition des établissements, notamment franciliens, une plateforme pour la réalisation de parangonnages.

Avec la Création du COPERMO<sup>23</sup> en 2012, le Ministère de la santé possède un nouvel outil pour sélectionner et prioriser les projets d'investissement nécessitant un financement de l'Etat, mais également pour assurer le suivi des établissements en difficultés.

Les ARS sont également garantes des Performances organisationnelles de chaque structure, via le pilotage de l'offre de soins et la déclinaison locale du Projet Régional de Santé (PRS). A travers la gestion des autorisations d'activité et les contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les agences peuvent réorganiser le territoire en fonction des acteurs et des besoins sanitaires identifiés. Elles peuvent initier des rapprochements entre établissements, encourager la création de filière de soins, et de parcours patients.

Enfin, la création du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)<sup>24</sup> accentue cette dynamique. L'élaboration du Projet Médical Partagé (PMP) permet aux différents membres d'optimiser leur complémentarité pour gagner en efficacité et compétences.

Pour optimiser la Performance hospitalière, l'ARS peut recourir à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), à travers ses outils de suivi des indicateurs de Performance, et ses guides méthodologiques.

### 1.3. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance

#### 1.3.1. Les guides méthodologiques

La contribution durable de l'ANAP est de transférer les compétences acquises dans le cadre de programmes au plus grand nombre d'établissements, afin qu'ils s'approprient les outils et méthodes

<sup>22</sup> Article L. 6143-3-1 CSP. Article 17 de la loi n°2012-1558 du 31 décembre 2012

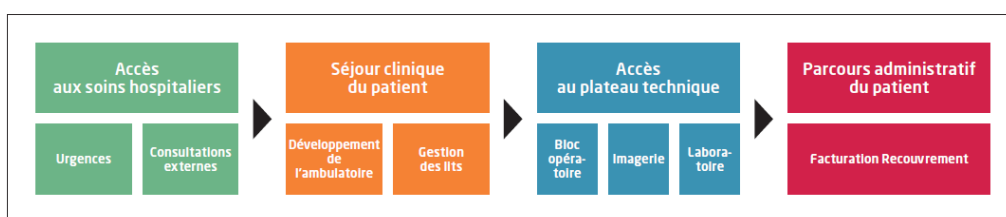
<sup>23</sup> Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (11 décembre 2012)

<sup>24</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 107)

mis au point par leurs pairs avec l'appui de l'ANAP et qu'ils bénéficient ainsi d'améliorations pérennes tant économiques que qualitatives.

L'ANAP a développé de nombreux guides méthodologiques pour aider les établissements sur des thématiques clés. On citera notamment les dossiers concernant l'optimisation des blocs opératoires<sup>25</sup>, la gestion des lits<sup>26</sup>, l'organisation des consultations externes<sup>27</sup>, la chirurgie ambulatoire<sup>28</sup>. Les thématiques sont nombreuses. L'ANAP n'a pas vocation à réaliser elle-même des accompagnements de plans d'actions in-situ. Cependant, elle peut collaborer via ses experts, sur des thématiques prioritaires nécessitant l'élaboration de guides méthodologiques.

Ce fut notamment le cas avec le « Programme National des projets Performance » mené entre 2010 et 2014 avec 27 établissements ; échantillon représentatif puisque totalisant 12% des lits de médecine, chirurgie, obstétrique. 269 chantiers ont été suivis, près de 2 000 professionnels mobilisés en établissements. Le bilan réalisé par l'ANAP en 2015 mentionne des gains financiers à hauteur de 354 millions d'euros<sup>29</sup>. On remarque que la définition de la Performance utilisée par l'ANAP est également plurielle, basée sur 3 axes : la qualité de la prise en charge des patients, la qualité des conditions de travail et l'efficacité opérationnelle et financière.



### 1.3.2. L'élaboration d'outils pour faciliter les benchmarks et autodiagnostic

Pour développer la Performance des établissements de santé, l'ANAP a développé la plateforme HOSPIDIAG (en libre accès), capable de retraiter les données de l'ATIH et de l'HAS soit sous forme de données brutes à des fins de statistiques, ou sous forme de cartographie pour visualiser les zones d'attractivité ou le potentiel d'activité (parts de marché...). Depuis juillet 2016, la fonctionnalité "panier d'établissement" permet de sélectionner une liste d'établissements pour obtenir des résultats agrégés sur cette liste, notamment pour un groupement hospitalier de territoire (GHT) (cf. **Annexe N°4 – Cartographies et statistiques Hospidiag**). Notons toutefois que cet outil souffre des défauts inhérents à la qualité de ses sources, notamment celles issues de la SAE, puisque les données ne sont pas toujours renseignées de manière fiable et exhaustive par les établissements.

Cinq « volets » sont disponibles : le Volet activité, le Volet qualité, le Volet organisation, le Volet Ressources Humaines et le Volet Finances. On notera que pour chaque thématique, des indicateurs de Performances sont déterminés (cf. **annexe N°5 : indicateurs Hospidiag & annexe N°6 : volets Hospidiag**).

<sup>25</sup> Evaluer et analyser la performance d'un bloc opératoire - ANAP

<sup>26</sup> Dossier « Plateforme thématique Gestion des lits », Dossier « outils de diagnostic gestion des lits » - ANAP

<sup>27</sup> Outils diagnostic « consultations externes » - ANAP

<sup>28</sup> Dossier « Outil d'aide au diagnostic pour développer la chirurgie ambulatoire », dossier « chirurgie ambulatoire : mode d'emploi »... - ANAP

<sup>29</sup> Rapport de bilan du programme national des projets performance, Décembre 2014.

Cet outil permet aux établissements de se situer et de réaliser des parangonnages utiles pour sécuriser leur stratégie.

#### 1.4. Le développement et suivi de la qualité des soins

La création de l'ANAES<sup>30</sup> en 1996, avait comme principal objectif d'impulser la culture de la **Performance Qualité** au sein des établissements de santé. Il s'agissait d'évaluer l'utilité médicale des actes pratiqués, des prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie. Cette dernière avait également comme missions de formuler des recommandations et rendre des avis indépendants, impartiaux, faisant autorité, permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

La Performance n'est plus uniquement décryptée via le prisme de l'équilibre budgétaire. Le volet qualité et sécurité des soins fait pleinement partie de l'analyse de la Performance sanitaire. La création de la **Haute Autorité de Santé**<sup>31</sup> en 2004, n'a fait que renforcer ce processus.

Cette institution certifie la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé, publics et privés, via une évaluation externe. Cette évaluation globale et indépendante a pour objectifs d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, de promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles dans les établissements, d'apprécier la capacité des établissements de santé à s'organiser en fonction des besoins et des attentes des patients, et d'impliquer, responsabiliser les professionnels à tous les stades de la démarche qualité.

Trois vagues de certification ont déjà eu lieu<sup>32</sup>. La certification V2014 (4<sup>ème</sup> vague) amène 2 éléments importants : le compte qualité et le patient traceur.

Le compte qualité réunit dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe de la certification et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'un établissement de santé. Il est adressé par chaque établissement à la HAS tous les 24 mois pour le suivi des actions et des résultats. Il s'agit d'instaurer une démarche plus naturelle et continue pour évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques des établissements de santé grâce au compte qualité. La visite n'a plus une place aussi centrale dans le cadre de la procédure, et constitue désormais un outil au même titre que les comptes qualité pour le suivi des démarches qualité.

Le deuxième apport de la V2014 est la méthodologie du « Patient Traceur », correspondant à une analyse rétrospective de la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement et des interfaces et collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire ; l'objectif étant d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

---

<sup>30</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Créée par l'ordonnance N°96-346 du 24/04/1996

<sup>31</sup> HAS, créée par la loi française du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>32</sup> V.1 (1999), V.2 ou V.2007, V.3 ou V.2010.



Les tutelles ont donc accompagné les structures hospitalières pour améliorer leurs Performances financières, organisationnelles et qualitatives en termes de services rendus. Pour s'assurer de la bonne mise en place et de l'amélioration continue du dispositif, des contrôles sont régulièrement organisés pour installer de manière pérenne, la culture de la Performance dans les établissements de santé.

Les consommateurs de soins se tiennent également informés de la Performance des établissements sanitaires.

## **2. Des consommateurs de soins de mieux en mieux renseignés pour optimiser leur prise en charge**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » a recentré l'utilisateur au cœur du système de santé. Elle précise qu' « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Cette loi instaure également une meilleure représentation des usagers au sein des grandes institutions sanitaires. Actuellement, les représentants des usagers sont membres des conseils de surveillance des établissements sanitaires et des Agences Régionales de Santé. Les usagers sont devenus acteurs de leur système de santé. Sachant de surcroît, que le choix de la structure d'hospitalisation leur appartient, ils souhaitent une totale transparence sur la Performance de chaque établissement. Avant de confier leur santé à une structure, ils veulent connaître le niveau d'expertise de cette dernière. Le marché de la santé se démocratise et devient de plus en plus perçu comme un marché de biens de consommation, soumis à la loi de l'offre et de la demande. Devant cette concurrence nationale (voire internationale avec le tourisme médical), le patient nécessite d'être guidé à travers un monde technique pour réaliser son choix et obtenir la meilleure prestation. Pour exercer son jugement, il dispose de 3 outils : les classements élaborés par la presse nationale, les données mises à disposition par les autorités sanitaires, les sites internet participatifs.

### **2.1. Les classements nationaux de la presse française**

Les classements réalisés par les hebdomadaires (le POINT, l'EXPRESS...) ou quotidiens nationaux (le FIGARO...), permettent de comparer les meilleures structures (hôpitaux et cliniques) en fonction des prises en charges par pathologie. Ces enquêtes, plébiscitées par les « consommateurs de soins », figurent parmi les plus gros tirages de la presse française. Notons toutefois que les critères et méthodologies sont propres à chaque société, subjectifs et donc sujets à caution. A titre d'exemple, le magazine « Le POINT » inclut dans son classement pour la « Rhumatologie » un critère très spécifique, peu représentatif de la spécialité selon les professionnels interrogés<sup>33</sup>: le traitement de

---

<sup>33</sup> Selon les chefs de service de rhumatologie du CHU HENRI MONDOR et de l'Hôpital COCHIN.

l' « aponévrotomie à aiguille », également appelé « Maladie de DUPUYTREN ». Après discussion avec le responsable de ladite enquête, ce dernier me confia que pour des raisons personnelles, il jugeait opportun d'inclure cet acte comme l'un des critères de classement pour cette spécialité.

D'autres critiques s'élèvent également contre ce type de classements trop réducteurs mesurant « *la Performance non pas dans son ensemble mais via la mesure de critères « quasi-industriels », qu'il s'agisse de volume d'activité (nombre d'actes par an), de taux d'erreurs ou de défaillance (décès), de temps de fabrication (durée de séjour, chirurgie ambulatoire), de la part de production à l'exportation (notoriété) »*<sup>34</sup>.

Même si la méthodologie porte à caution, ces classements ont un fort impact sur la patientèle, puisque cela leur permet d'obtenir une première clé de lecture pour aborder un monde technique difficile à appréhender.

Les données mises à disposition par les autorités sanitaires constituent le second outil pour mieux décrypter le monde hospitalier.

## 2.2. Les sites internet officiels

Le site Hopital.fr, lancée en 2008 par la Fédération Hospitalière de France (FHF), propose aux usagers des **informations fiables** sur la santé, un annuaire des établissements et des données pratiques sur le fonctionnement du service public hospitalier et médico-social. Depuis septembre 2010, les internautes ont la possibilité sur « Hopital.fr », de donner leur avis sur un établissement de santé. Le site annonce 900.000 connections par mois.

Sur ce site, chaque structure possède 2 pavés d'information à destination des patients :

- les **indicateurs qualité** provenant de la certification HAS (Lutte contre les infections nosocomiales, accueil patient, accès aux dossiers patients, prise en charge de la douleur, IPAQSS)
- les **avis patients** (qualité de l'accueil, information du patient, hygiène, et prise en charge de la douleur).



Chaque item est noté de 1 à 4. Pour obtenir plus de détails sur les indicateurs qualité, un lien vers « Scope santé » est disponible.

Scope santé reprend de manière pédagogique les principales caractéristiques de l'établissement (spécialité, nombre de lits, «équipements..), les résultats de la certification HAS, avec un détail sur les thématiques faisant objet de réserves ou de recommandations, et enfin les indicateurs de volumétrie d'activité de l'établissement.

<sup>34</sup> (P. RAVAUD, B. GIRAudeau, P.-M. ROUX, P. DURIEUX, « Les indicateurs de mortalité sont-ils de bons indicateurs de qualité des soins ? », Presse médicale, 1999, n° 28-29 pp. 1604-1609).

Les mutuelles, désireuses également de guider leurs adhérents vers des structures partenaires performantes (en vue de minimiser les coûts), développent des sites, comme notamment le site **COMPARHOSPIT** du groupe MALAKOFF MEDERIC.

Enfin, le troisième outil pour juger de la Performance hospitalière existe depuis peu sous la forme de sites internet participatifs.

### **2.3. Les sites internet participatifs**

Comme pour les sites marchands (Amazon, FNAC, Darty...), ces types de sites internet (**Doctoralia, Hospitalid e, Yelp...**) donnent la possibilité aux internautes de partager leur « Expérience - Patient » à travers la rédaction d'avis personnels. Le site **Conso Baby**, à destination des jeunes mamans teste chaque mois des produits bébés (sièges auto, chauffe biberons...). Il note aussi les établissements sanitaires en fonction de l'avis de leurs membres.

On remarque que les commentaires des internautes sont essentiellement basés sur le confort, la qualité de la chambre, des prestations (wifi, conciergerie...), de l'accueil, mais très rarement sur la qualité de la technicité médicale de la prestation. Il s'agit donc d'une vision essentiellement ... hôtelière. Même si l'« Expérience Patient » n'est pas à négliger, doit-elle être privilégiée au détriment de la qualité de la prestation médicale ?

**La notion de Performance est prégnante dans notre société. Elle l'est de plus en plus dans l'univers hospitalier. Cette notion complexe est devenue incontournable de nos jours et s'impose aux managers en santé.** Elle touche l'ensemble des étapes du parcours patient, et ne peut être réduite aux seules notions de Performances  conomiques.

Devant l'ampleur du déficit et de la dette nationale, les tutelles accentuent cette notion de Performance pour maximiser l'efficacité des moyens alloués. Des outils sont créés par des structures ad-hoc (ANAP, HAS), pour aider les structures hospitalières   améliorer leur Performance. Parall mement, les patients, soucieux de bénéficier d'une prise en charge de qualité, s'organisent pour obtenir les informations qui faciliteront l'identification de structures les plus à mêmes de les prendre en charge.

**Devant ce changement de paradigme, les structures hospitalières doivent se réorganiser, se restructurer, gagner des parts de marché pour augmenter leurs recettes, faire des économies d'échelle qui leur permettra d'augmenter leur marge brute et leur capacité d'investissement. A cette course financière, viennent se greffer la fidélisation de la patientèle, l'amélioration de la qualité des soins. Aussi, il convient de se demander comment y parvenir. Certaines structures se sont équipées depuis peu d'une direction dédiée à la Performance (quelques fois appelée direction des opérations).**

Les Agences Régionales de Santé encouragent la mise en place de ces dispositifs innovants. A travers une enquête nationale (131 hôpitaux publics français), nous essayerons d'analyser les potentielles plus-values de ces directions et de cerner si elles constituent un levier pour l'amélioration des Performances. Pour les établissements qui ne possèdent pas de tels dispositifs, nous nous attacherons à identifier les freins rencontrés, et les méthodes de gestion alternatives mises en place pour améliorer la Performance. Enfin, nous détaillerons les raisons et méthodes de la mise en place de la Direction de la Performance sur mon lieu de stage, à savoir le centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF).

## 2<sup>ème</sup> partie : Panorama de la gestion de la Performance des établissements sanitaires publics français

Les Directions de la Performance ou des Opérations sont apparues récemment dans le paysage hospitalier public français. Le site de la Fédération hospitalière de France recense, 8 Directions des Opérations et 18 Directions de la Performance sur l'ensemble du territoire en juillet 2017.

Des expérimentations régionales pour promouvoir ces directions ont été réalisées par les Agences Régionales de Santé. On citera notamment le projet « Directions des Opérations » soutenues par l'Ars Île-de-France entre 2014 & 2016<sup>35</sup>.

Peu de littérature existe sur ce sujet. Aussi, pour savoir si les managers en santé perçoivent ces dispositifs comme des leviers d'amélioration de la Performance pour leur établissement, il nous fallait réaliser une étude ad-hoc. Pour obtenir un panorama objectif, il semblait important de recueillir également le point de vue des établissements dépourvus de ce type de direction. Comprendre les freins, les interrogations qui ne favorisent pas l'implantation de ces directions fonctionnelles permet de mieux appréhender la complexité de cette thématique.

Le recueil de ces informations a été réalisé à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail aux **531 directeurs d'établissements**, membres de l'Association des Directeur d'Hôpital. (A.D.H).

Ce questionnaire comporte 2 volets :

- Un volet à destination des établissements équipés d'une Direction de la Performance, permettant d'analyser le dimensionnement, le positionnement, les missions confiées, les difficultés rencontrées, les réalisations les plus significatives, la transversalité au niveau GHT, les pistes d'améliorations proposées, la satisfaction et le « maintien / suppression / développement » de cette direction.
- Un volet concernant les établissements non pourvus de ce type de direction fonctionnelle, pour analyser l'opportunité d'une mise en place (y compris au niveau GHT), les missions qu'ils associent à ces directions, l'organisation mise en place pour pallier l'absence dudit dispositif, et les raisons de ce choix.

**131 établissements** ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de **24.6%**.

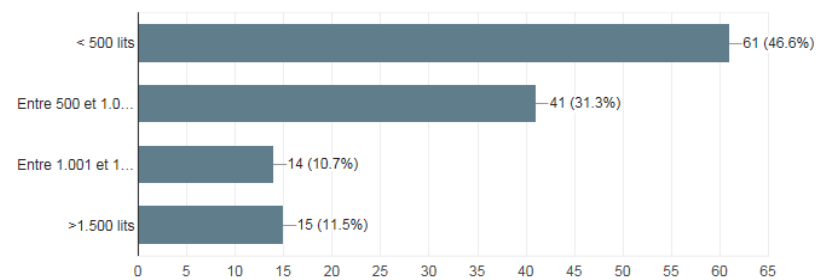
87% des réponses ont directement été renseignées par les directeurs d'établissement (113 réponses). 18 réponses ont été renseignées par des directeurs adjoints. L'intérêt porté à la thématique semble important puisque la plupart des réponses ont été transmises sous 48 heures, et 88.5% des participants ont souhaité recevoir les résultats de l'enquête (**cf. annexe 7 : Questionnaire Performance**).

<sup>35</sup>La direction des opérations (DOP) : Une fonction innovante en établissements de santé. 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France Retour d'expérience après 1 an d'accompagnement - Février 2016.

Les réponses proviennent à 87% de centres hospitaliers non universitaires. On remarque que pratiquement la moitié des établissements possède un capacitaire inférieur à 500 lits.

Capacitaire de l'établissement

131 réponses



L'enquête confirme que ce dispositif est actuellement peu répandu puisque seuls 21 établissements déclarent posséder une Direction de la Performance et 11 une Direction des Opérations, ce qui porte à 32 le nombre d'établissements équipés par ce dispositif (sur 131). Au regard des données de la FHF, on peut penser que la totalité (ou presque) des établissements concernés par ce type de directions innovantes a répondu.

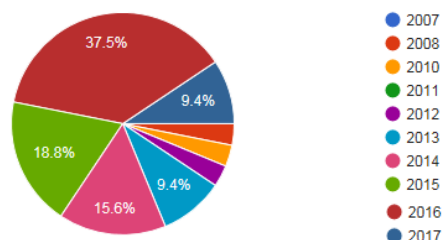
## A. Les Directions de la Performance : un nouveau dispositif d'action et de pilotage efficace, à l'épreuve de la réalité hospitalière

### 1. Un dispositif récent principalement rattaché à la direction générale

Le questionnaire confirme qu'il s'agit d'un **dispositif récent**. Les 3 premières Directions de la Performance ont été créées il y a 10 ans (2007). On note également que plus de la moitié de ces directions ont été mises en place en 2015 avec une forte augmentation en 2016 qui correspond très certainement aux incitations des programmes régionaux via les tutelles.

Depuis quand est-elle active?

32 réponses

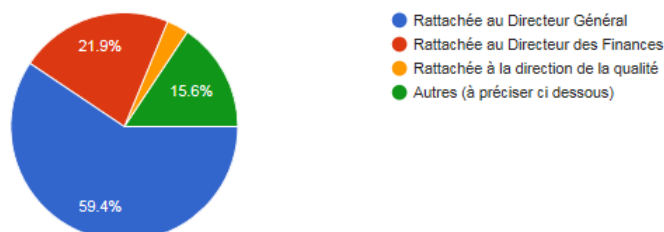


S'agissant de leur positionnement, on remarque qu'elles sont **directement rattachées aux directeurs d'établissements** dans 60% des cas ou au directeur des finances (20%) ; le rattachement à la direction qualité n'étant que marginal (1 établissement). La catégorie « Autres » représente le rattachement au

directeur général adjoint (3), au Directeur des affaires médicales (1), et un sans rattachement car en cours de création.

### Positionnement de la Direction de la Performance

32 responses



## 2. Dimensionnement des équipes et compétences recherchées

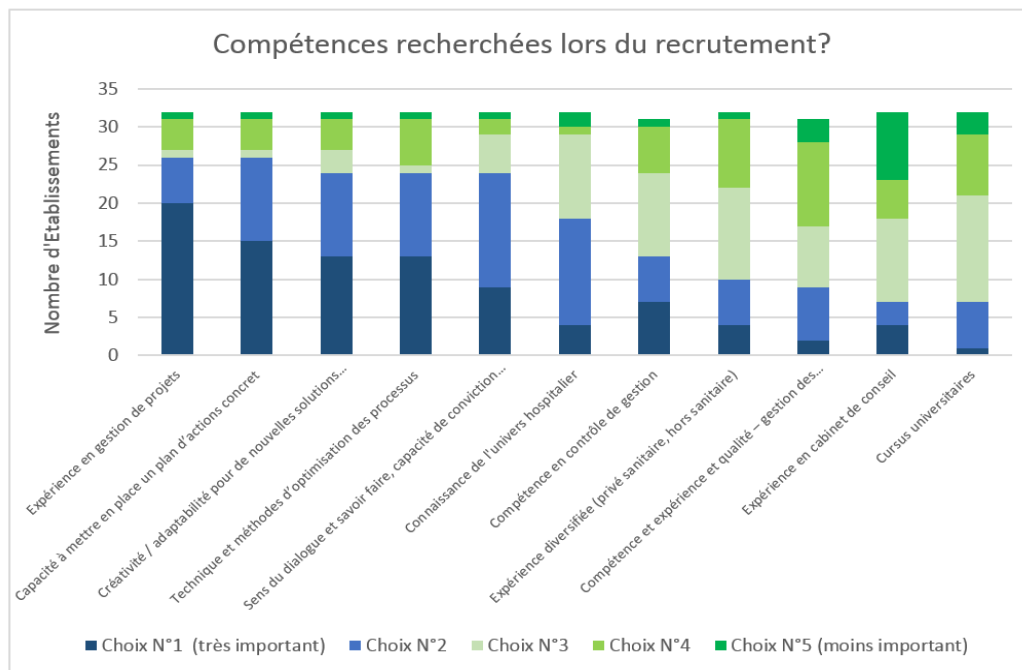
Le dimensionnement constaté des équipes oscille entre 1 ETP (directeur d'hôpital ou Ingénieur en organisation) et 15 ETP. Mais **la moyenne par structure est de 4.5 ETP**, composé le plus souvent d'un directeur d'hôpital, d'un voire deux ingénieurs en organisation. Le reste des profils est variable en fonction de structures. Notons toutefois que seulement la moitié des établissements (17 sur 32) possède un ou plusieurs contrôleurs de gestion. Les autres profils remontés sont les cadres administratifs de pôle (11 établissements sur 32) ou cadre de santé (10 sur 32). La présence du corps médical dans ce type de structure est actuellement peu répandue (4 établissements sur 32). On remarque que seule la Direction de la Performance d'un CHU a été confiée à un médecin plutôt qu'à un directeur d'Hôpital.

S'agissant du statut, les remontées du questionnaire attestent que **les contractuels constituent une part non négligeable des effectifs**. En effet, 15 établissements sur 32 ont au minimum 50% de leurs ETP confiés à des contractuels. Trois d'entre eux (dont 2 CHU) ont 100% de leur équipe composée de contractuels. Le recours aux contractuels est expliqué par le fait qu'il est parfois complexe de trouver les profils recherchés parmi les titulaires de la Fonction Publique Hospitalière.

Pour discerner les compétences les plus recherchées par les recruteurs, nous avons demandé aux directeurs d'établissements de classer de 1 (très important) à 5 (peu important) certains types de compétences.

Selon l'enquête, les **compétences les plus recherchées** sont l'expérience en gestion de projets, la capacité à mettre en œuvre un plan d'actions concret, la capacité d'adaptation et de créativité permettant de trouver des solutions innovantes, la compétence en techniques et méthode de gestion des processus, et le sens du dialogue/capacité de conviction et de faire adhérer les équipes à un projet. Le reste des thématiques sont considérées comme secondaires, y compris l'expérience en contrôle de

gestion, en cabinet de conseil et la qualité du cursus universitaire. Il s'agit donc bien de compétences concrètes permettant non pas de constater, mais de mettre en œuvre et d'emmener les équipes pour finaliser le projet et accompagner le changement.



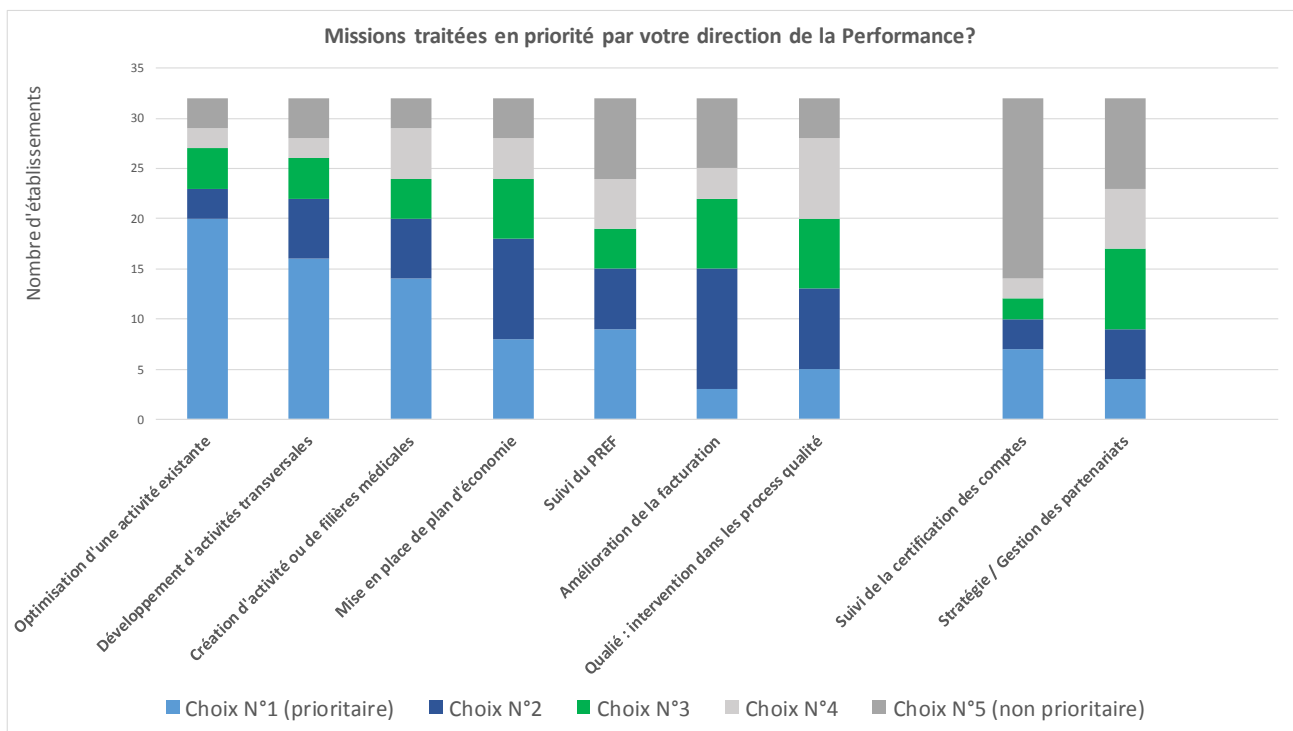
Il était possible pour les destinataires de compléter la liste de compétences recherchées. Aucun n'a souhaité ajouter une compétence non présente dans la liste.

### **3. Typologie des missions confiées**

Pour analyser le type des missions confiées à ces directions, nous avons demandé aux directeurs d'établissements de classer entre 1 (missions incontournables) et 5 (missions non prioritaires) les missions mentionnées dans le graphe ci-dessous.

Les missions confiées à ce type de direction sont principalement : l'optimisation d'activités existantes (amélioration des recettes, réduction de la DMS, réduction des dépenses (T1, T2, T3)...), le développement d'activités transversales (commission bed-blockers, gestion du conseil de bloc, cellule de gestion des lits, Bureau central des RDV, Plateau de consultations), ou la création d'activités nouvelles. Les thématiques les plus citées en deuxième choix sont la mise en place de plan d'économie et l'amélioration de la facturation. Il y a donc une dimension organisationnelle évidente, mais fortement associée à une dimension financière, allant jusqu'à l'optimisation de la facturation.





Les actions sur la stratégie de l'établissement ou le suivi de la certification des comptes sont les actions les moins confiées à ces directions parmi les options proposées.

Un établissement a souhaité ajouter une mission qui n'était pas mentionné dans les catégories ci-dessus, à savoir : la réalisation de Benchmark.

Notons un point intéressant. Les missions confiées aux Directions de la Performance ne diffèrent pas de celles confiées aux directions des opérations. Elles suivent la même tendance énoncée ci-dessus : 1/ Optimisation, 2/ Développement, 3/ Création d'activités nouvelles.

Les établissements ont également été sollicités pour indiquer les **actions les plus marquantes (question ouverte)** réalisées par leurs Directions de la Performance. Sans surprise, sur un total de 57 actions communiquées, 78% d'entre elles concernent l'optimisation d'organisations existantes, le développement ou la création de nouvelles activités, parmi lesquelles des thématiques sont mises à l'honneur : **le développement de la chirurgie ambulatoire (6 établissements), l'optimisation du bloc opératoire (3 établissements), la gestion du brancardage (2 établissements), la réorganisation des consultations (3 établissements), l'optimisation de la DMS...** Les 25% restants concernent les thématiques de pilotage (tableaux de bords, suivi COPERMO & PREF), de l'analyse du capacitaire (4), de la certification des comptes, et pour 1 établissement la relation avec la clientèle, et la professionnalisation du codage.

S'agissant de **l'attribution des missions**, l'enquête montre que, bien que rattachées pour l'essentiel à la direction générale, ces directions bénéficient toutefois d'une certaine latitude pour s'autosaisir des dossiers qui leur semblent importants (20 établissements sur 32 ; soit 62.5% des réponses).

#### 4. Accès aux données et suivi des missions

On remarque que seule la moitié d'entre elles peuvent accéder à l'ensemble des données de l'établissement (56%) sans en référer aux directions fonctionnelles. Au cours des échanges dans le cadre du mémoire, j'ai pu déceler une certaine réticence à confier l'accès à l'ensemble des données de l'établissement, non pas par souci de confidentialité, mais plutôt pour sécuriser une exhaustivité et pertinence des statistiques, afin d'éviter les mauvaises interprétations en décalage avec la réalité de l'activité concernée.

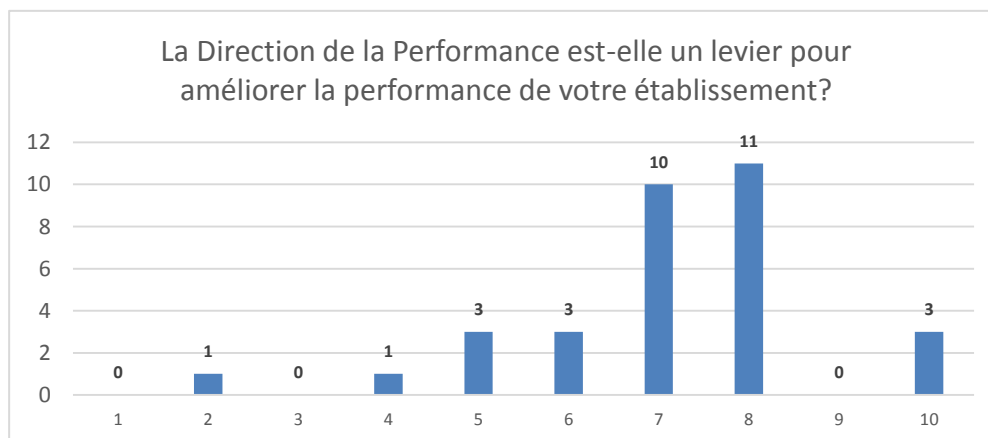
Comme vu précédemment, ces directions ne bénéficient pas d'un dimensionnement RH important. Aussi, il convient de s'interroger sur leur capacité à **assurer l'ensemble des étapes des missions confiées**. Les remontées des établissements confirment que 53% assurent la mise en place d'une partie des projets, faute de temps et de ressources par rapport à l'établissement ou en fonction de la stratégie. A contrario, 14 établissements confient assurer la mise en place de tous leur projets. On comptabilise parmi eux 5 CHU.

Une réponse se distingue cependant. La Direction de la Performance d'un CHU possédant une des équipes les plus importantes souligne qu'elle ne réalise que la partie stratégique. Elle confie la mise en place et le suivi aux directions fonctionnelles. Enfin, un établissement à fort capacitaire (>1.500 lits - réponse anonyme) déclare confier la mise en place à un cabinet de conseil.

#### 5. La Direction de la Performance perçue comme un levier pour optimiser les organisations

L'enquête signale un taux de satisfaction important des résultats de la structure puisque sur une échelle de 1 (insatisfait) à 10 (très satisfait), 30 établissements (**93%**) se déclarent satisfaits des résultats obtenus par leur Direction de la Performance (note supérieure à 5/10), et **75% très satisfaits** (note >7/10).

Ce dispositif est donc considéré comme étant un levier pour optimiser la Performance de leur établissement.



Notons que 97% des établissements (31 structures) envisagent de pérenniser ce dispositif, soit en l'état, soit en étoffant l'équipe (concerne 37% des structures) en vue de leur confier plus de missions.

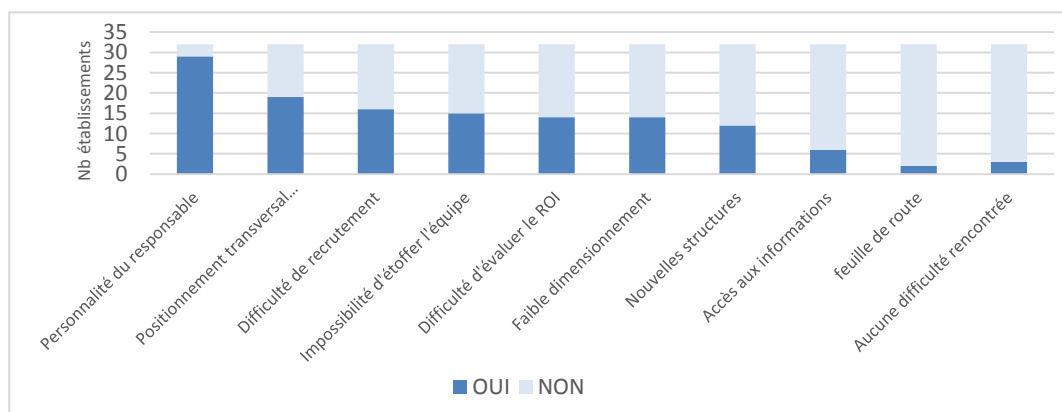
Seuls 2 établissements semblent être insatisfaits (note inférieure à 5). L'un d'entre eux manifeste le souhait de supprimer cette direction (réponse anonyme).

Cependant, l'extension d'une Direction de la Performance au niveau d'un GHT n'est pas envisagée par 65% des structures (21). Ce dispositif n'est pas vu comme un outil indispensable au succès de la mise en place des GHT (68%, 22 établissements). Deux hypothèses peuvent venir illustrer cette statistique :

- Ces structures sont, pour la plupart, établissements support de GHT. Elles ont donc déjà organisé l'optimisation de leur performance de manière autonome, contrairement aux structures de tailles plus modestes qui pourraient percevoir le GHT comme une opportunité pour obtenir une Direction de la Performance (cf. page 27).
- La performance financière des GHT n'est pas encore priorisée dans les objectifs actuels. L'articulation entre le GHT et la Performance deviendra plus prégnante avec la mise en œuvre des Projets Médicaux Partagés.

## 6. Les difficultés rencontrées par ces directions

Le questionnaire proposait une liste des principales difficultés rencontrées par les établissements<sup>36</sup>. Les personnes interrogées étaient invitées à répondre par « oui » ou « non » pour chacune d'entre elles. Cette liste était suggestive, mais une question ouverte (« si autres, pouvez-vous préciser ? ») leur permettait de préciser les problématiques annexes.



On remarque tout d'abord que sur les 32 établissements, 2 estiment ne rencontrer aucune difficulté particulière.

Parmi les problématiques récurrentes, une se détache tout particulièrement : « **L'efficacité de ce type de structure est aléatoire et dépend de la personnalité/compétences du responsable** ». Cette

<sup>36</sup> Principales difficultés : 1/ Difficulté d'évaluer le ROI/efficacité d'une telle structure, 2/Difficulté de recruter les profils adéquates pour ce type de structure, 3/L'efficacité de ce type de structure est aléatoire et dépend de la personnalité-compétences du responsable, 4/ Positionnement transversal complexe car pouvant être considéré comme intrusif tant par les directions fonctionnelles que par le corps médical, 5/Difficulté pour la Direction de la Performance d'avoir accès aux informations, 6/ Nouvelles fonctions, peu connues et mal identifiées, 7/Difficultés pour le DG de tracer la feuille de route de cette Direction de la Performance, 8/ La taille embryonnaire de ce type de direction permet d'assurer la phase d'audit et de plan d'actions, mais ne permet pas d'assurer la mise en place, 9/ Impossibilité financière d'étoffer l'équipe, 10/Aucune difficulté rencontrée.

problématique démontre la difficulté à pérenniser les actions de cette direction, qui semble fortement tributaire de la fidélisation de son top management (93% des établissements interrogés).

Cette préoccupation est logiquement relayée par la thématique du recrutement puisque 50% des établissements estiment avoir des **difficultés pour recruter des profils adéquates**. La récente apparition de ces directions est en décalage avec les profils des agents en poste et les formations proposées dans la fonction publique hospitalière.

Une autre problématique est citée par 60% des établissements : « **le positionnement transversal de ces directions peut être considéré comme intrusif tant par les directions fonctionnelles que par le corps médical** ». La Direction de la Performance a donc la lourde tâche de faire évoluer les organisations tout en respectant le périmètre de chacun. D'où l'importance du sens relationnel mentionné auparavant, ainsi que la bonne intégration du directeur de la Performance, qui selon son positionnement et la confiance obtenue, sera en capacité, ou non, de mener à bien des actions pérennes et donc efficaces.

Les autres problématiques soulevées (la difficulté d'objectiver un ROI sur ces directions, son faible dimensionnement, le manque d'accès aux informations, la difficulté de tracer une feuille de route, ou la méconnaissance de ces dispositifs), bien que réelles sont secondaires.

Deux remarques d'établissements soulignent en problématiques annexes, « la difficulté à mettre fin aux missions, la gestion des demandes d'interventions, et enfin le peu de maturité de la communauté médicale sur les sujets Performance ».

## **7. Les actions envisagées par les managers en santé pour optimiser l'efficacité des Directions de la Performance existantes**

Sur 29 réponses, on note que 45% d'entre elles (13 réponses) concernent le souhait d'étoffer l'équipe (compétence et/ou effectifs), afin d'étendre sa capacité d'action. La thématique du management vient en second 41%, 12 réponses), avec comme objectif principal de :

- **mieux cadrer les priorités** via la feuille de route,
- **d'asseoir la légitimité institutionnelle** de la Direction de la Performance, soit par (1) la création de lien hiérarchique sur les cadres administratifs de pôle, (2) une action pédagogique au niveau du directoire, ou par (3) une meilleure articulation avec les autres directions fonctionnelles sous l'impulsion du Directeur Général,
- positionner cette direction dans la **démarche stratégique de l'établissement**,
- **capitaliser sur les résultats obtenus**, poursuivre et prolongées les démarches engagées,
- travailler sur le **transfert du savoir-faire** de la direction au niveau des équipes soignantes et médico-chirurgicales de l'établissement.

Les 13% restants concernent une volonté d'intégration de la fonction DIM à cette direction et de confier des accès directs aux données.

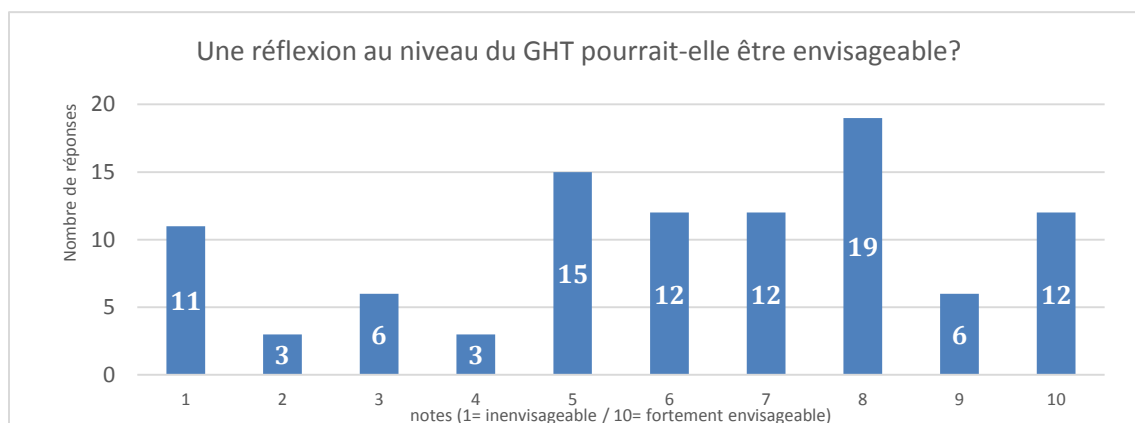
Comme évoqué précédemment, seuls 32 établissements sur les 131 réponses possèdent une Direction de la Performance (ou des Opérations). Pour mieux comprendre ce dispositif, il est également important de cerner les problématiques qui freinent son essor, et de comprendre l'organisation mise en place pour pallier l'absence de cette direction transversale.

## B. Quels sont les freins rencontrés par les établissements non équipés du dispositif, et les organisations mises en place pour optimiser la Performance

### 1. Opportunités de développement

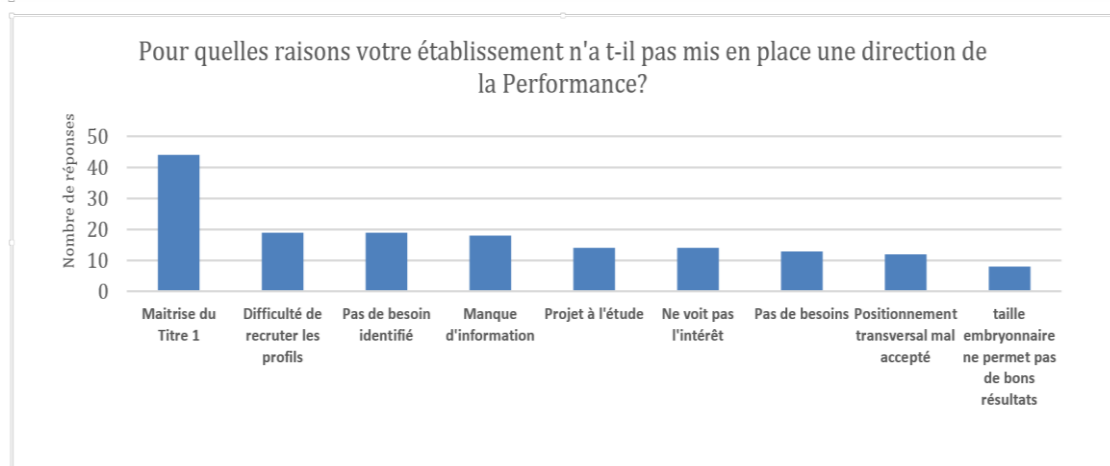
99 établissements ont répondu ne pas avoir de tels dispositifs. On remarque que la majorité (85%) confie ne pas envisager d'en créer une. Les 16 établissements qui souhaitent une mise en place, l'envisagent soit dans l'année (56%), ou soit à moyen terme (4 ans et plus) dans 37% des cas. Notons que 14 établissements confient avoir en ce moment ce projet à l'étude.

Cependant, dans le cadre du GHT, 76% envisagerait (note supérieure à 5) la création d'une Direction de la Performance.



### 2. Les freins rencontrés

Les freins rencontrés sont essentiellement financiers, liés à la maîtrise du Titre 1, qui ne permet pas de gager des postes pour créer cette direction (45% des réponses), ou à une difficulté de recruter les bons profils. Les autres réponses font plutôt référence à une absence de besoins identifiés ou à un scepticisme sur la capacité de cette direction à être un levier d'optimisation de la Performance (manque d'intérêt, une direction peu étoffée ne peut avoir les moyens d'actions suffisants, positionnement transversal mal perçu par le corps médical et les directions fonctionnelles).

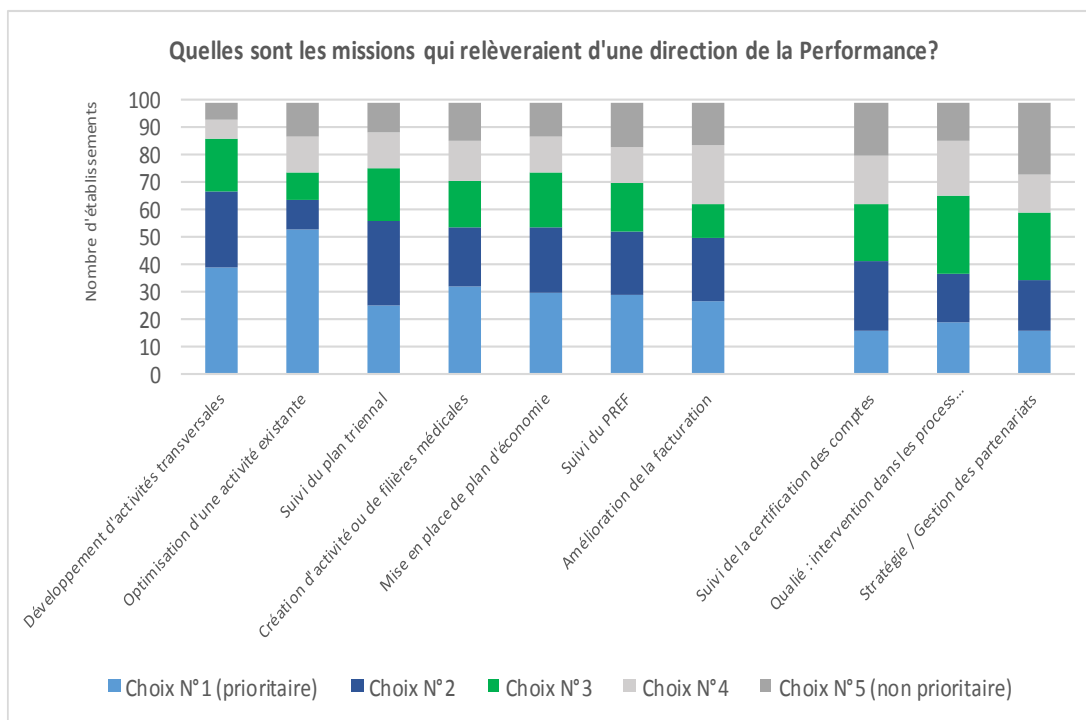


Le questionnaire donnait la possibilité aux établissements de spécifier d'autres raisons, si elles ne figuraient pas dans la liste. 26 établissements ont souhaité apporter des commentaires. On note que 72% d'entre eux citent le critère de la **taille de l'établissement**. Ainsi, les structures à faible capacitaire n'ont pas les moyens ou pense que cela ne se justifie pas puisque ces prérogatives relèvent soit directement du directeur de l'établissement, du directeur des Affaires Financières ou des autres directions fonctionnelles (« *cela permet de mobiliser plusieurs directions autour d'un même objectif* »). Aussi, un directeur déclare : « *Je gère un CH de 190 lits. Je suis le seul directeur d'Hôpital. Je ne me vois pas créer dans un contexte de tensions financières une telle direction. J'en assure et assume donc le rôle. Je reconnais que l'émergence des GHT serait une occasion de bénéficier de telles directions au niveau d'un territoire* ».

3 établissements soulignent un projet actuellement incompatible avec l'équipe en place. Enfin, une structure avoue avoir réalisé une expérience peu concluante pendant 18 mois, mais accepterait de tenter de nouveau l'expérience dans le cadre d'un GHT.

### 3. La typologie des missions envisagées

On remarque que les réponses des directeurs d'établissements non équipés de Direction de la Performance sont proches de celles émises par leurs homologues (cf. page 22 paragraphe 3). L'ensemble de la profession possède donc une vision exacte du périmètre des missions confiées. Ainsi, on observe que les principales missions sont également « **l'optimisation des activités existantes** » (53 établissements en choix N°1 et 11 en n°2, soit 65%), et le « **suivi du développement d'activités transversales** » (brancardage, consultations ;..) cités en choix N°1 par 39 établissements. On retrouve logiquement le suivi de la certification des comptes, la thématique de la qualité et la gestion des partenariats comme les missions les moins prioritaires.



#### **4. Quelle organisation pour pallier l'absence d'une Direction de la Performance**

La Direction de la Performance permet de dédier un certain nombre de professionnels sur des actions transversales pour améliorer l'efficacité des organisations. Lorsque les établissements n'ont pas ce type de direction, on peut s'interroger sur leur méthode pour gérer en local cette efficacité dans leur établissement. Aussi, les directeurs d'établissements ont été sollicités sur l'organisation ad-hoc mise en place. Les résultats sont les suivants :

##### **4.1. Les acteurs de l'amélioration de la Performance**

Les directeurs confient leur amélioration de la Performance pour 45% à la cellule du contrôle de gestion, 28% aux directeurs référents de pôle, et enfin pour 22% aux services. Seuls 6% des établissements impliquent les cadres administratifs de pôle. Un directeur note que ces missions sont confiées aux « interlocuteurs les plus pertinents en fonction des missions », peu importe leurs fonctions et leurs services. La plupart des directeurs interrogés insistent sur le fait que cette optimisation nécessite l'intervention de plusieurs acteurs, même si des directeurs référents de pôle ou de thématiques sont identifiés (contrôles de gestion, DIM, trios de pôles,...). **La notion de « travail collectif »** est très présente dans les réponses ; y compris au niveau individuel (identification d'un praticien pour travailler sur une thématique précise).

Plusieurs réponses mentionnaient les rôles clés du Président de CME, du directoire et des trios de pôles pour sécuriser les mises en place.

Enfin, un directeur d'un « établissement de taille modeste, en grande difficulté, en manque de ressources », a tenu à rappeler qu'il « *fallait déjà s'appuyer sur les acteurs clés plutôt que de leur substituer une solution transversale* ». Ce point de vue permet de rappeler que **le dispositif de Direction de la Performance n'est pas adapté à tous les établissements**, car il nécessite un dimensionnement en personnel qui dans certains cas est incompatible avec les finances des structures concernées. Notons toutefois qu'un parallèle peut être réalisé avec la création d'une autre direction transversale : la « direction Qualité ». Pour mener à bien tout projet, un pilote est nécessaire. Il doit pouvoir s'extraire des contraintes du quotidien. Actuellement, la présence et la pertinence d'une « Direction Qualité » ne sont plus remises en cause. La direction de la Performance suivra-t-elle la même trajectoire ?

#### 4.2. Description de l'organisation mise en place

A la question ouverte : « Pouvez-vous expliciter l'organisation mise en place pour l'optimisation des organisations ? », les 99 directeurs interrogés ont souhaité répondre et faire partager leur avis.

Même si chaque établissement possède une organisation spécifique, on remarque que pour la plupart d'entre eux, l'essentiel réside dans la qualité des circuits entre les différents intervenants. Les **circuits courts** semblent être privilégiés entre le PCME, le directoire, le trio de pôle, les directeurs référents de pôle, le contrôle de gestion, le DIM et la coordination générale des soins. On note que **l'implication et l'impulsion du directeur via le CODIR** est fréquemment citée dans les clés de succès. **Les organisations internes varient selon les forces en présence**. Certains vont créer une équipe projet par pôle, désigner un référent par thématique, créer un binôme directeur médecin, pour assumer la direction des projets ; d'autres vont préférer confier ces projets à des ingénieurs en organisation, à la direction des finances, voire à la direction de la qualité.

Malgré ces différentes organisations, les réponses évoquent souvent la nécessité de « *répartir les gestions de projet pour éviter les fonctionnements en silo* ». Un directeur interviewé insiste sur le fait que « *la mise en œuvre des actions visant à la recherche de la Performance doit se nourrir du terrain, pour proscrire les supra structures du « y a qu'à, faut qu'on » si facile* ».

Concernant la réalisation des diagnostics et de proposition de plan d'actions, seul un établissement a mentionné le recours à des cabinets de conseil externes (1%). Les autres structures semblent réaliser cette phase par leurs équipes pluridisciplinaires (contrôles de gestion, DAF, trio de pôle, DIM...). Un directeur référent de pôle est souvent mentionné comme étant à la manœuvre pour cadrer les projets. Notons cependant que certains établissements déclarent bénéficier des appuis ANAP et de la structuration des plans d'efficience COPERMO pour cadrer et identifier leurs projets d'optimisation. Par ailleurs, d'autres directeurs déclarent posséder une cellule ad-doc<sup>37</sup> pour donner un avis médico-économique sur tout nouveau projet.

---

<sup>37</sup> De type : cellule efficience et organisation



La gestion du suivi des objectifs est réalisée par les biais :

- du contrat de pôle (avec ou sans délégation de gestion),
- des dialogues internes de gestion pour valider les activités et dépenses constatées, et obtenir un point d'avancement sur les projets d'optimisation décidés en amont.
- de réunions reporting régulières,
- de comité de pilotage ad-hoc.

Cette gestion est appuyée par l'élaboration et le suivi de tableaux de bord reprenant les principaux indicateurs nécessaires et adaptés à chaque projet.

Enfin, certaines structures déclarent, fautes de moyens, avoir des « difficultés pour accompagner la mise en œuvre effective (coordination du projet) ».

Ce questionnaire nous permet d'obtenir un panorama global sur la mise en place de ces directions fonctionnelles. Au travers de mon stage au Centre Hospitalier Sud Francilien, j'ai pu travailler sur de nombreux dossiers. Trois d'entre eux étaient pilotés par la Direction de la Performance du CHSF.

## **C. Organisation de la Direction de la Performance du CHSF**

### **1. L'organisation du CHSF et ses problématiques**

Le centre hospitalier Sud Francilien est issu de la fusion des hôpitaux de Corbeil Essonne, d'Evry et du SSR d'Yerres. Financé par le biais d'un partenariat « innovant » avec la société EIFFAGE (Partenariat Public/Privé (PPP), le CHSF a rapidement défrayé la chronique, tant par les problématiques de malfaçons liées à la construction du bâtiment, que par le niveau de déficit et d'endettement record (34 M€ de déficit en 2012). Inauguré en 2012, le CHSF est un acteur sanitaire francilien majeur. Il est également établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Île-de-France Sud.

Son offre de soins complète (1.081 lits et places) et son plateau technique moderne permettent à cette structure d'assurer à sa patientèle une prise en charge médico-chirurgicale globale (médecine, chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation).

Pour améliorer la situation financière du CHSF, la direction de l'établissement s'est faite accompagnée par le cabinet de consulting CAP GEMINI.

## **2. L'accompagnement d'un cabinet de conseil et la création d'une direction des projets**

CAP GEMINI a constitué une équipe dédiée pour le projet CHSF. Elle a élaboré un plan d'actions (**37 actions au total**) sur 4 ans (2012-2016), structuré autour de 6 thématiques :

- L'optimisation de la valorisation de l'activité existante.
- Le développement d'activités bénéficiaires
- La maîtrise des coûts liés à l'activité médicale (titre 2).
- L'optimisation des dépenses de personnel médical, soignant ou médicotechniques (titre1)
- La maîtrise des coûts généraux (titres 3 & 4)
- un action sur le pilotage de l'établissement (restructuration des pôles, mise en place de tableaux de bords de pilotage, et de la comptabilité analytique, déconcentration de la gestion, et mise en place des outils de Systèmes d'informations). (cf. **Annexe N°8 : calendrier d'exécution des mesures prévues au PREF**).

Pour mettre en place ce plan d'actions, CAP GEMINI a recommandé la création d'une **direction des projets** pour assurer le suivi et la mise en place. Des pilotes ou « porteurs » ont été nommés à la direction de chaque projet validé. (cf. **Annexe N°9 : Organigramme PREF**).

La direction de l'établissement a décidé de faire évoluer dans une seconde phase cette « Direction de projets » vers une « **Direction du Projet Performance et de la certification des comptes** », rattachée à la direction des finances. Elle est actuellement composée de 2 personnes : un directeur d'hôpital et un ingénieur en organisation.

Les attendus du PREF étaient majeurs puisque, sur les 3 années (2013-2016), l'objectif était d'augmenter les marges sur activité de 24 à 30 M€ et en parallèle de diminuer les dépenses de 20 M€ ; soit une économie globale de 50 M€ hors renégociation du BEH et croissance externe. Les actions prévues ont permis en 2016 de passer d'un déficit de **34 M€ (2012) à 8.7 M€ en 2016**. Notons qu'en parallèle, le CHSF a également mis un terme au Partenariat Public Privé en octobre 2016.

Certaines actions n'ont pas encore complètement abouties, même si d'importants efforts ont été réalisés. Citons par exemple l'**optimisation des IPDMS atypiques (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour)** dans certains services, notamment en gériatrie où le ratio IPDMS atteignait 1.53 en janvier 2017, témoignant de fait, d'un temps anormalement long d'hospitalisation par rapport à la moyenne nationale.

Dans le cadre de mon stage au sein de la « direction des finances et de la Performance », j'ai eu l'opportunité de travailler sur la problématique de la réduction de la Durée Moyenne de Séjour de l'unité de Gériatrie Aigüe. Malgré les audits, diagnostics et plans d'actions réalisés au préalable, la DMS atteignait toujours 1.45 sur la période Janvier – Avril 2017.

### **3<sup>ème</sup> partie : Le dispositif « Direction de la Performance » du CHSF : un levier d'optimisation pour la réduction de l'IPDMS en unité de Gériatrie aigüe**

#### **A. Constat et plan d'actions**

##### **1. Audit et problématiques**

En 2012, à l'arrivée de l'équipe dans le nouvel hôpital, la DMS en gériatrie était conforme aux standards nationaux (IPDMS égale à 0.99). Cependant, depuis 2013, l'établissement assiste à une dégradation constante de cet indicateur pour atteindre en janvier 2017 le résultat de : **1.53**. Cet indicateur est préoccupant, synonyme de dysfonctionnements notables au sein du service. Avoir une IPDMS à 1.53 revient à dire que la durée moyenne de séjour est 53% plus élevée que la moyenne nationale, ou que 53% de ses lits seraient non occupés si le fonctionnement était optimisé (avec un IPDMS à 1).

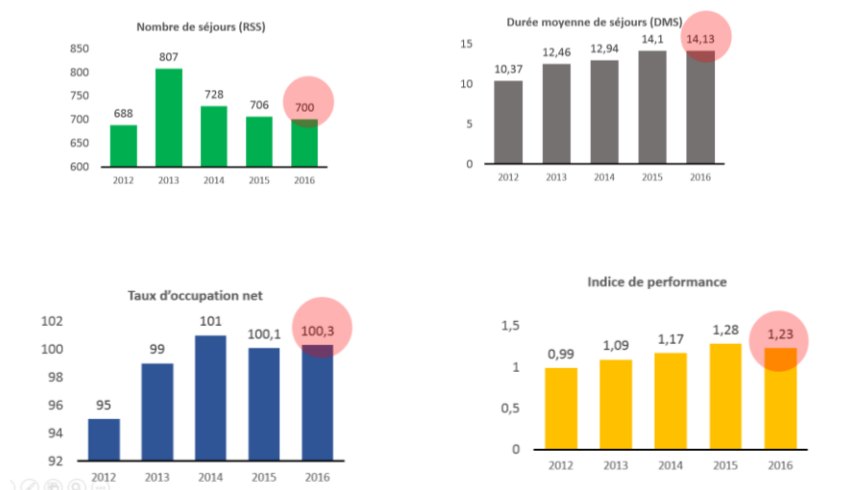
Cap Gemini avait mentionné dans son plan d'actions que l'amélioration financière de l'établissement passerait notamment par l'amélioration des DMS atypiques. De nombreux progrès ont été réalisés sur certaines spécialités. Seules 3 problématiques de DMS (en néphrologie, en neurologie et en gériatrie aigüe) subsistent à cette date. Le directeur a souhaité que je réalise un point d'avancement sur l'organisation de l'unité de gériatrie aigüe, et lui soumette une proposition de plan d'actions.

Après avoir rencontré les principaux professionnels en charge du fonctionnement de ce service (chef de service, médecins, encadrement, secrétaires, infirmières et le service social), j'ai donc réalisé un diagnostic et une proposition de plan d'actions, que j'ai pris soin de soumettre au préalable au chef de service pour m'assurer de la faisabilité des actions et de l'adhésion du corps médical. **Le constat était simple :**

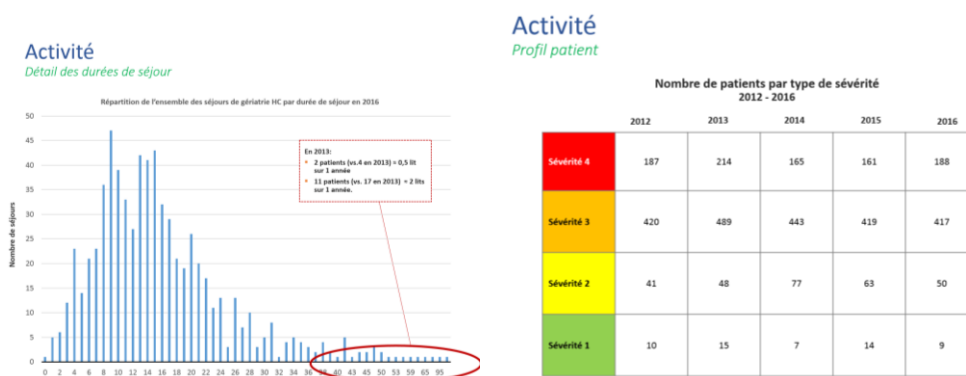
- Une durée moyenne de séjour en forte augmentation (+4 jours, soit +40% sur la période 2013-2016), avec comme conséquence, une occupation artificielle des lits (taux d'occupation à 100.3%), une dégradation de l'IPDMS en relation avec l'augmentation de la DMS, et donc une baisse conséquente des séjours (807 séjours en 2013 vs. 700 en 2016). On observe de plus, la présence de bed-blockers avec une DMS allant jusqu'à 95 jours.

## Activité

Evolution des indicateurs



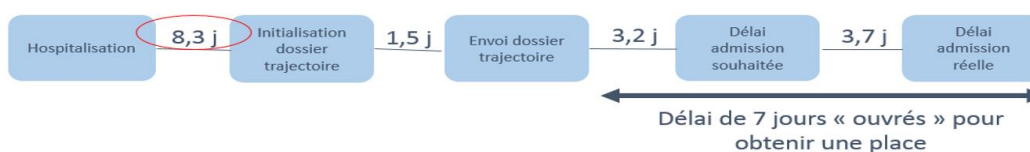
- Les patients de cette unité sont complexes. 91% d'entre eux relèvent de sévérités 3 et 4. Cela nécessite indéniablement des soins importants tant médicaux que sociaux pour préparer la sortie au domicile ou en centre SSR.



- Malgré une transmission mensuelle des chiffres d'activité (séjours, DMS, IPDMS...) par la direction des finances, l'audit montrait qu'aucun pilotage de l'IPDMS n'avait été réellement mis en place par le service. Pourtant, cette problématique était connue de tous et faisait l'objet d'une attention particulière lors des réunions de suivi ARES (Accompagnement du Retour à l'Equilibre des établissements Sensibles) animées chaque mois par l'ARS.
- Certaines interfaces du parcours patient étaient en souffrance, ce qui complexifiait la prise en charge de l'équipe de gériatrie :
  - **Accès restreint aux services médicotecniques** de l'hôpital (radio, scanner, IRM, explorations) et aux avis chirurgicaux ;
  - **Accès restreint à l'aval SSR gériatrique** : l'établissement ne possède que 10 lits de SSR gériatrique pour 28 lits de médecine gériatrique. De plus, le service de SSR ne collaborait pas à hauteur des besoins avec le service de médecine (tension palpable). Le transfert d'un

patient en interne n'était pas facilité. Lors de la présentation à l'équipe médicale, on pouvait sentir une certaine crispation puisque la direction venait pour la troisième fois auditer le service, sans que les deux premiers audits n'aient pu déboucher sur une aide concrète pour répondre à leur principale problématique : augmenter les capacités d'aval SSR, pour libérer plus rapidement les lits de médecine. Il est vrai qu'un sous dimensionnement des capacités d'aval est directement responsable d'une augmentation de la DMS ; les équipes s'épuisent à trouver de la place sur des structures externes, quand d'autres établissements possèdent en intra l'ensemble de la filière gériatrique et peuvent faire tourner leurs lits plus facilement.

- **Une DMS importante en UHCD**, en raison d'une problématique d'aval des urgences. Les conséquences sont doubles : sachant que la DMS globale prend en compte la durée de séjours en UHCD, cela augmente artificiellement et automatiquement la DMS de la gériatrie. De plus, une hospitalisation longue pour les personnes âgées est souvent synonyme d'aggravation notable de l'état de santé du patient (et donc d'une augmentation de la DMS).
- **Communication avec le service social**. Même si des points réguliers étaient faits oralement, ces relations n'étaient pas structurées. L'arrivée de certains patients relevant de problématiques sociales n'était pas automatiquement signalée, ce qui retardait d'autant les recherches de solutions d'aval.
- **Relationnel avec les familles des patients** : Les demandes de centres SSR souffrant d'un manque d'anticipation, certaines familles avaient l'impression d'être mis devant le fait accompli, et témoignaient dans certains cas, d'une attitude agressive envers le corps médical et paramédical. Pour faciliter l'obtention de places SSR, l'Ars a développé en logiciel ad-hoc : « TRAJECTOIRE », permettant d'envoyer simultanément à plusieurs centres SSR, des demandes pour obtenir des places d'aval. L'analyse des statistiques du logiciel « TRAJECTOIRE », montrait un manque d'anticipation des demandes par le corps médical (en moyenne 10 jours de délais pour envoyer la demande TRAJECTOIRE). Le délai pour obtenir une place étant de 7 jours, cela portait à 17 jours la DMS globale pour une moyenne nationale à 10 jours. Certains patients restaient donc hospitalisés non pas pour des raisons médicales, mais parce que la recherche de places SSR étaient en cours. L'audit démontrait que le service concentrait 85% de ses demandes d'aval SSR sur 4 structures. Il était donc important de diversifier les partenariats avec d'autres établissements pour faciliter les acceptations de dossiers.



## 2. Plan d'actions

Trois types d'action ont été proposés.



### 2.1. En amont de l'hospitalisation

Réduction au maximum des hospitalisations via les urgences en privilégiant les entrées directes. Cela nécessite l'organisation de réunions d'informations à destination des EHPAD et des Médecins traitants pour détecter les signes précurseurs nécessitant une hospitalisation à court-moyen terme afin de les programmer dans les meilleures conditions.

### 2.2. Pendant l'hospitalisation

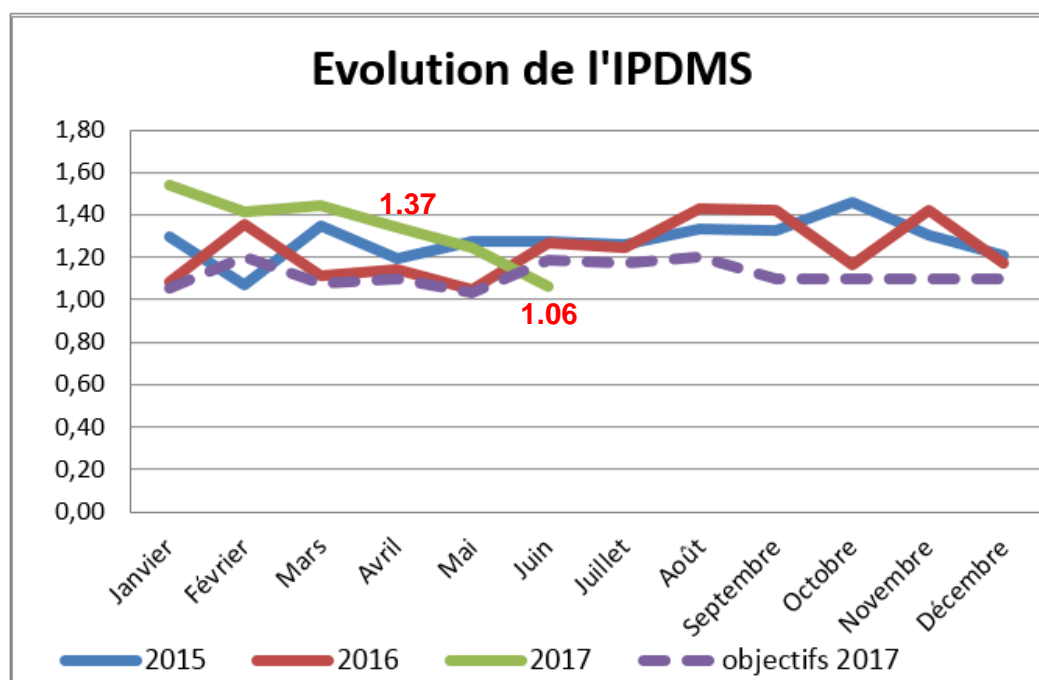
- Création d'un **courrier institutionnel**, signé par le directeur de l'établissement informant la famille que la DMS maximale est de 10 jours dans ce type d'unité et que le centre SSR, le cas échéant, doit être envisagé dès le début de l'hospitalisation. Au dos de la lettre, le patient peut indiquer les centres SSR par ordre de préférence. Cette information sera prise en compte lors de la demande via le logiciel TRAJECTOIRE (cf. **Annexe N°10 : courrier institutionnel**).
- Organisation de rendez-vous avec les chefs de service d'imagerie, du chef de pôle SSR, d'urologie, d'orthopédie, de cardiologie pour **sécuriser les accès aux prestations nécessaires afin d'éviter les éventuels blocages**.
- Demander à l'informatique **d'upgrader les postes informatiques** pour favoriser les demandes via Trajectoire, ainsi que les postes des secrétaires médicales.
- Organisation **d'un logiciel d'accompagnement du processus (sous excel)** pour analyser en temps réel, patient par patient l'état de la prise en charge, la réalisation (ou non) de trajectoire, le mode de sortie envisagée, la nécessité d'un suivi social, la remise de la lettre « préparation SSR » à la famille (cf. **Annexe N°11 : Logiciel d'accompagnement**).
- Organisation d'un **point hebdomadaire de 30 minutes** entre la chef de service, le cadre et le service social pour s'assurer que le service social a été informé de l'ensemble des situations en amont et qu'il n'y a pas de point de blocage, notamment au niveau des centres SSR externes.
- **Evaluation de la charge de travail du temps médical** pour renforcer l'équipe si nécessaire, suite à la non-sélection du service par les internes. Il s'agit de répartir le temps des praticiens entre leur différentes activités (hospitalisation, consultations, équipe mobile...), et de faire figurer l'activité réalisée au regard du temps passé. Cette étude réalisée par la chef de service permet de comparer le nombre d'ETP actuel vs. les ETP médicaux nécessaires pour atteindre l'objectif d'une IPDMS à 1. Cette étude sera validée en amont par la Présidente de la CME avant d'être discutée avec le directeur des affaires médicales.

- Une **analyse du codage** pour s’assurer que les séjours ne sont pas « sous-codés », car la qualité du codage a une incidence directe sur l’IPDMS.

### 2.3. En aval de l’hospitalisation

Consolider les relations avec les 4 établissements SSR qui représentent 85% des acceptations, et élargir les relations avec les autres centres SSR pour diversifier les demandes. Pour ce faire, des réunions d’échanges bilatérales ont été organisées avec une présentation des équipes, dans le but de trouver un mode opératoire simple pour anticiper les réservations SSR et prévoir une possibilité de pré-réservation prioritaire, convenue sous forme d’un envoi des disponibilités de l’établissement SSR par mail sur une semaine entière. Charge à l’équipe du SSR de se positionner si des patients nécessitent une telle prise en charge (cf. **Annexe N°12 : Disponibilités hebdomadaires des places de notre partenaire CLINEA**).

Même si de nombreuses actions sont encore en cours, les résultats sont très encourageants, puisqu’en deux mois, l’IPDMS est passé de **1.37** (Avril 2017) à **1.06** en juin 2017. On remarque également que les DMS les plus longues s’élèvent à 35 jours maximum contre 95 jours en 2016. **Cependant la pérennité de cette organisation reste à être sécurisée.**



Source : Contrôle de gestion CHSF - Août 2017

## B. Le dispositif de la Performance, un levier qui admet certaines limites

Cette expérience fut très enrichissante. Elle m'a permis de confirmer les réponses de l'enquête. La Direction de la Performance est, j'en suis convaincu, un outil efficace pour optimiser l'efficacité et la Performance des organisations. Cependant, ce type de direction admet des limites qui doivent être prises en compte sous peine de voir son efficacité remise en cause par les professionnels.

### 1. La Direction de la Performance : un levier pour l'optimisation des organisations

Ce projet m'a permis de dégager 6 éléments permettant aux Directions de la Performance d'être un levier efficace pour l'amélioration des organisations :

1) La présence d'une Direction de la Performance permet d'avoir le recul nécessaire sur l'ensemble des projets de restructuration et **de connecter les différents projets entre eux**. Cela donne la possibilité de mieux comprendre les étapes du «Circuit-Patient» propre à chaque structure (urgences, bloc, plateaux techniques, brancardage...), et de prendre en compte les dysfonctionnements de chacun dans la finalisation des plans d'actions. Et ce, afin de les rendre réalistes et le plus efficaces possibles. Profiter de l'ensemble des synergies est le propre de ce type de direction transversale ; les directeurs référents de pôle, les cadres administratifs de pôle, les contrôleurs de gestion n'ont souvent qu'une partie des éléments du puzzle, et ne connaissent pas tous les interlocuteurs et les problématiques. J'ai pu m'apercevoir que lorsque l'on travaille en transversalité, les connections se font rapidement (dès le deuxième dossier) puisque tous les services interagissent entre eux, du fait de la prise en charge pluri-professionnelle. La création d'une Direction de la Performance permet donc de capitaliser sur les avancées de chaque projet.

2) Sur le projet de gériatrie, un des axes de mon plan d'actions était le développement des partenariats avec les structures d'aval SSR. Le positionnement de ce type de direction confère à la démarche un aspect institutionnel, permettant de **lisser la notion de pré-carré entre les directions fonctionnelles** ; la démarche étant de faire avancer l'institution et non pas une direction en particulier. La Direction de la Performance peut, en fonction des besoins du projet, défendre l'obtention de moyens supplémentaires, si elle juge cela nécessaire pour la réussite du projet. Un directeur référent de pôle quant à lui, aura naturellement plutôt tendance à privilégier son pôle que l'institution.

3) La Direction de la Performance travaille en étroite collaboration avec le directeur de l'établissement, en mode projet. Il est ainsi possible **d'obtenir son aide sur les étapes clé du projet**. Ce qui fut le cas dans la gestion des partenariats SSR puisque le directeur participa et anima l'ensemble des réunions ; ce fut une vraie aide pour le projet et pour le service.



4) Les services s'organisent comme ils peuvent en fonction du dimensionnement de leurs équipes et de leurs expertises. Mais ils nécessitent parfois l'aide de la direction pour **débloquer certains verrous ne relevant pas de leurs prérogatives**. Les praticiens du service de gériatrie aigüe auraient pu organiser une rencontre avec leurs homologues médecins des centres SSR, mais en impliquant les directions des 2 établissements, cela a permis d'ouvrir les portes de manière officielle et de mettre en valeur la direction de l'établissement partenaire, partie prenante du projet. Cela a également initié la démarche, qui n'aurait peut-être jamais eu lieu dans d'autres conditions. L'implication des 2 directions assura une concrétisation immédiate des partenariats, effectifs dès le lendemain. De même, nos actions auprès du chef de pôle SSR, par ailleurs membre du directoire, ont permis de débloquent une situation tendue entre le service de gériatrie et le service de SSR gériatrie. Après quelques jours de négociations, les médecins du service de gériatrie avaient un meilleur accès aux lits SSR gériatrie du CHSF.

5) La Direction de la Performance, améliore la **cohésion des équipes pluridisciplinaires** en s'assurant que l'ensemble des agents impliqués dans les étapes du «Parcours-Patient» travaille en étroite collaboration avec leurs collègues. Cette direction ayant une équipe dédiée, elle est normalement en mesure d'assurer le suivi des projets, ce qui est plus compliqué dans le cas d'organisations non centralisées (contrôleurs de gestion, cadres administratifs...). Chaque professionnel de santé est un expert dans son domaine. Les dysfonctionnements, souvent dus à un défaut de communication, se situent pour l'essentiel au niveau des interfaces entre les professionnels. Le médecin prend en charge le patient d'un point de vue strictement médical. Mais s'il n'anticipe pas la prise en charge du problème social, le patient peut rester hospitalisé inutilement, le temps que le service social initie les démarches auprès de l'ensemble des acteurs sociaux (MAIA, CLIC...) ; avec des délais pouvant varier de quelques heures à plusieurs semaines pour les cas les plus complexes. Ces **fonctionnements en silo** sont souvent exacerbés par l'exigence de productivité forte, en l'occurrence une activité soutenue. Par faute de temps, on se consacre essentiellement à ses fonctions et on supprime les temps d'échange. Ces derniers doivent être maintenus car ils permettent de gagner du temps a posteriori. Aussi, il convient de s'assurer de l'efficacité de ces réunions qui doivent être courtes mais récurrentes pour optimiser les résultats et éviter la lassitude des réunions improductives qui empiètent sur le temps de travail productif. Dans le projet de gériatrie, la réalisation de points hebdomadaires de 30 minutes à dates et heures fixes, entre le chef de service et le responsable social, a sécurisé les relais d'information, et a éliminé instantanément la présence de Bed-Blockers (>40 jours).

6) Enfin, la Direction de la Performance, acculturée à la **gestion de projets**, possède **une expertise** dans ce domaine, contrairement aux autres professionnels qui n'ont pas obligatoirement d'expérience à ce titre. Comme les résultats de l'étude le démontrent, les ingénieurs en organisation font partie des profils incontournables de ce type de direction. Ils peuvent diriger l'ensemble des

phases du projet, de la réalisation du diagnostic, à la proposition et mise en place du plan d'actions, et le suivi projets par le biais des indicateurs choisis.

La Direction de la Performance est donc un outil clé pour l'optimisation des organisations et de l'amélioration du parcours patient. Cependant, ce dispositif admet quelques limites.

## **2. Les limites du dispositif**

Au décours du projet de l'IPDMS de gériatrie, j'ai pu m'apercevoir que ce dispositif reste fragilisé par un certain nombre de limites :

1) Pour convaincre les professionnels de santé, il faut être en mesure de leur apporter un savoir-faire, **une plus-value**. Si des actions concrètes ne débouchent pas sur des améliorations tangibles, alors la Direction de la Performance peut elle-même souffrir d'une image de direction de la « non – Performance ». Dans ce cas, l'existence même de ce dispositif est remise en question : « A quoi servent-ils ? A part prendre des postes au lieu de renforcer les équipes médicales ou paramédicales qui en ont bien besoin ».

Les études de médecine forment les étudiants à diagnostiquer les pathologies, à établir un parcours personnalisé de soins (plan d'actions), à mettre en place le traitement ; et l'ajuster en fonction de l'évolution des indicateurs choisis. Ce qui s'apparente fortement à une roue de DEMING... Il s'agit tout simplement d'une gestion de projet à l'échelle de la santé d'un individu.

Les résultats finaux pour les praticiens sont concrets. Soit l'état du patient se dégrade, soit le patient est guéri ou en voie de guérison. Il y a donc chez les praticiens une culture projet avec une immédiateté des résultats. Si nous voulons créer un dialogue constructif et travailler en confiance, nous devons parler le même langage. Si la Direction de la Performance n'amène pas de **résultats concrets**, elle perdra en crédibilité. Ce qui fait tout l'intérêt (et la complexité) de cette fonction. La Direction de la Performance ne doit pas uniquement établir des diagnostics (les praticiens ont souvent une photographie exacte des problématiques). Elle doit apporter des réponses, trouver des solutions innovantes adaptées au projet et aux interlocuteurs, ce qui signifie proposer un plan d'actions et un accompagnement pour impulser une dynamique au niveau des équipes. Je pense que les directions doivent donc avoir une approche terrain, permettant d'ajuster le plan d'actions pour obtenir les meilleurs résultats, tout comme le médecin ajuste les prescriptions. Un **projet non accompagné** risque d'être une **potentielle perte de temps** pour les médecins et pour la direction, car le résultat ne sera vraisemblablement pas au rendez-vous.

2) Cette première limite en amène une deuxième. Nous venons de voir que l'accompagnement est fondamental. Cependant, cette phase est très consommatrice de temps, et cette charge de travail est parfois (souvent) **incompatible avec le faible dimensionnement des équipes**. D'où la nécessité de **prioriser** et de ne pas choisir une multitude de projets. Je pense qu'il est préférable de les programmer sur un plan pluriannuel, plutôt que de penser que tout est urgent. Dans la première solution, la

production sera plus ciblée et plus efficace. Dans la deuxième solution, la direction montrera que l'établissement est très volontaire, mais les avancées seront diluées, créant de surcroît un essoufflement des professionnels, mis à contribution pour de nombreux audits, avec un risque d'obtenir des améliorations en demi-teinte. La programmation pluriannuelle ne doit pas être considérée comme un retard sur les Performances, mais plutôt une condition nécessaire si l'on souhaite améliorer les organisations. Dans le secteur privé (ou dans certains services d'établissements sanitaires publics), la gestion de projets est réalisée et calculée en « temps Homme ». Par exemple, tel projet nécessitera 150 heures de suivi « homme ». Cette logique gagne à être transposée (ou généralisée) à la gestion hospitalière également.

3) Pérenniser les changements n'est pas une tâche facile. L'enquête signalait que l'un des enjeux était pour la Direction de la Performance de « **mettre fin aux dossiers** ». L'organisation hospitalière ne repose que sur de l'Humain. La désorganisation également. Si un maillon de la chaîne commence à retrouver ses pratiques d'antan car cela lui correspondait mieux, alors on peut se retrouver rapidement avec des années de travail réduites à néant car la direction du service n'a su ou voulu maintenir la nouvelle organisation, soit parce qu'elle était inadaptée à la situation, soit parce que des intérêts personnels ont surmonté l'intérêt collectif. Le service doit percevoir cette réforme comme du gagnant-gagnant. La Direction de la Performance a pour objectif d'améliorer les organisations en prenant en compte le facteur Humain pour éviter que celui-ci ne prédomine sur l'organisation elle-même. Aussi, il est pour moi fondamental d'élaborer la nouvelle organisation **avec l'aide des services** de façon à ce que les changements proviennent idéalement de leurs équipes pour une meilleure appropriation. Cela demande du temps et surtout un accompagnement des équipes dans la démarche. **Le changement ne se décrète pas**. Il doit se co-construire sous peine d'être rapidement inopérant. La pérennité de la nouvelle organisation sera plus aisée si elle est sécurisée à travers des contrats de pôle, des dialogues de gestion, et encouragée par une politique d'intéressement (update du parc informatique, aménagement d'une salle d'attente pour les familles...).

4) La pérennité ou le changement des organisations nécessite également **une chefferie médicale forte tant au niveau des services que de la CME**, autre limite du dispositif de Direction de la Performance. Le « pouvoir médical » en place doit être moteur et encourager le changement. La Présidence de la CME doit être partie prenante et participer aux étapes clé pour apporter une caution médicale. Sans ce binôme médico-administratif, la Direction de la Performance luttera pour essayer de faire avancer les mentalités, mais souvent à contre-courant. Tous les efforts ne porteront pas leurs fruits. L'appui du chef de service est aussi fondamental, puisqu'il accompagne le changement auprès de son équipe médicale. Une transformation décidée par la direction de manière autoritaire aura du mal à s'imposer sans l'aval et l'implication du chef de service.

Le stage en centre hospitalier non universitaire m'a permis de découvrir un point de fragilité à ce titre. Lorsque je travaillais en CHU (Les hôpitaux HENRI MONDOR & COCHIN – APHP), j'avais l'habitude de co-construire le projet avec le chef de service. Une fois validée, nous présentions à deux voix la

nouvelle organisation à l'équipe médicale, qui respectait la position du Professeur, chef de service, et l'appliquait à la lettre. Je me suis aperçu que le poids du chef de service en établissement non universitaire était différent. Sachant que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »<sup>38</sup>, et que le chef de service, à quelques exceptions près, n'a pas de statut le permettant de se différencier de ses collègues (comme celui de MCU ou de PUPH), ce dernier doit posséder un certain talent de négociateur. En CHU, le chef de service peut dynamiser ou freiner la carrière universitaire de ses praticiens. Ce qui fait grandement évoluer les rapports de force. Ainsi dans un établissement général, il est important de trouver un consensus avec le chef de service et de s'assurer que la qualité du projet débouchera sur une validation et une appropriation du plan d'actions par l'équipe médicale. L'approbation en amont du projet par le président de la CME est une étape fondamentale.

5) Le faible **niveau d'engagement du directeur de l'établissement** peut également être un frein possible pour une direction de ce type. A l'inverse, un fort dynamisme, relayé par des relations médico-administratives constructives au niveau du directoire, sont un soutien clé pour le développement et le succès des actions de la Direction de la Performance.

6) Le questionnaire soulevait de manière évidente une limite au centre des préoccupations des managers en santé : L'efficacité de ce type de structure est aléatoire et dépend de **la personnalité-compétences du responsable**. Aussi, il convient de s'interroger sur la pérennité de ce type de structures si elles sont à ce point liées à la présence d'un manager précis. Il est vrai que la rareté des profils alliant compétences techniques et compétences relationnelles, est une réelle problématique, due notamment à la nouveauté de ce dispositif (2007), et au manque de formation proposée ; même si la gestion de projets est devenue un incontournable des écoles de management en santé (cf. le module gestion de projets à l'EHESP). La rareté des profils est donc une limite importante et peut conditionner le maintien ou l'existence d'une Direction de la Performance. La structuration de ces directions à l'avenir devrait permettre de résoudre cette problématique, comme ce fut le cas avec l'évolution des « Directions Qualité ».

Ces limites existent. Il convient de les anticiper et de les prendre en compte dans la stratégie de l'établissement afin d'accompagner au mieux l'optimisation des organisations. Lors de ce stage, j'ai pu identifier d'autres points clés, qui selon moi, peuvent contribuer au succès de ce type de direction.

### **3. Retour d'expérience sur l'optimisation des résultats de la Direction de la Performance**

#### **3.1. L'« Expérience Patient »**

Malgré la pression pour obtenir des résultats et améliorer l'efficacité des structures, il est important d'accorder son **champ lexical et son approche avec ceux de ses partenaires**. Aussi, parler d'activité,

---

<sup>38</sup> Article R.4127-5 du code de la santé publique

d'augmentation des séjours ne ramène qu'à l'aspect Performance quantitative, et surtout financière, ce qui n'est pas le but premier recherché par le médecin. Pour ce professionnel, l'essentiel est de pouvoir prendre en charge le patient dans les meilleures conditions ; peu importe si ce dernier doit rester quelques jours de plus.

Pour ma part, je pense qu'il faut constamment se rapprocher de la définition de la Performance de l'Organisation Mondiale de la santé ou du modèle Balanced Score Card de KAPLAN et NORTON, à savoir raisonner global et **placer la satisfaction Patient comme un préalable à toute Performance financière.**

Approuver cette démarche permet de rapprocher l'univers médical de l'univers administratif. Une DMS trop longue pour une direction d'établissement est une perte de moyen financier car d'autres patients auraient pu être pris en charge sur la même période, sans moyen supplémentaire.

Si l'on se met à la place du patient (raisonnement « Parcours-Patient»), une DMS trop longue est tout d'abord une source d'inconfort car on est toujours mieux chez soi. Mais cela représente surtout une exposition plus grande aux maladies nosocomiales, et, à cet âge, un risque accru de dégradation physique et une forte probabilité de voir sa mobilité se dégrader à court terme. Cette « vision-Patient » est, me concernant, le moteur de ma motivation et la raison de mon changement de carrière il y a 10 ans quand j'ai souhaité intégrer le monde hospitalier. Il est aussi le meilleur moyen de parler le même langage avec les médecins et d'avancer ensemble avec des objectifs identiques. Une réduction de la DMS est d'abord et avant tout pour le bien du patient. Il serait anormal de prolonger l'hospitalisation en raison d'un dysfonctionnement organisationnel, soit parce que le service social n'était pas informé en amont, soit parce que le patient n'a pu obtenir une IRM avant 7 jours, soit parce que l'état du patient s'est fortement dégradé à la suite d'un séjour de 5 jours en UHCD.

### **3.2. La gestion des « irritants »**

L'amélioration de l'« Expérience Patient » passe notamment par la gestion des « irritants », du côté patients mais également du côté des professionnels médicaux et paramédicaux. La Direction de la Performance doit prendre en compte ces « irritants » et inclure des solutions adaptées dans son plan d'actions.

**Du côté patient :** La Mayo Clinic, considérée comme un établissement sanitaire à la pointe de la technologie et de la prise en charge du patient a développé une application smartphone pour enlever certains « irritants » et renforcer le lien patient – hôpital. L'application permet aux patients d'obtenir un rendez-vous instantanément (cliquez sur le bouton et nous vous rappelons dans la minute), d'obtenir leurs résultats de laboratoire et d'imagerie directement sur leur portable, de programmer leur prise en charge médicamenteuse pour bénéficier d'un rappel lorsque nécessaire...

Récemment, l'APHP a mis en place la solution du paiement en ligne<sup>39</sup> et déploie actuellement la prise des rendez-vous par internet (ordinateur, smartphone et tablette) sur ses 39 sites, via la société Doctolib, leader européen du secteur. Ces actions agissent sur la fidélisation des patients.

---

<sup>39</sup> <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>

**Du côté des équipes hospitalières :** Certaines actions simples à première vue, peuvent se révéler fastidieuses pour les équipes en place, pour diverses raisons. Dès lors que ces problématiques sont identifiées, on remarque que les « irritants » peuvent souvent être résolus rapidement, sans investissements financiers conséquents, et peuvent débloquent de nombreuses situations. Prenons l'exemple de la mission en gériatrie. Il est compliqué d'obliger les médecins à réaliser rapidement la demande SSR via Trajectoire, dès lors que le parc informatique est vétuste, et ne permet pas de telles actions dans des délais raisonnables; de surcroît, lorsque l'équipe médicale connaît une période de sous-effectif important. Le changement d'une dizaine de postes permet d'installer une nouvelle dynamique, et une relation de confiance.

Pour une mission réalisée sur l'hôpital Cochin pour le Professeur Bernard Debré, j'ai pu fédérer l'équipe du service d'urologie par le simple fait d'appuyer (et d'obtenir) le renouvellement d'une table d'examen, commande restée en souffrance depuis plus de 2 ans.

Ces petits gestes concrets sont importants car **les équipes prennent conscience que le projet va déboucher sur une réelle amélioration des conditions de travail, améliorant de fait la qualité de la prise en charge et du parcours patient.**

### **3.3. Une équipe pluridisciplinaire**

Pour faire écho à l'« Expérience Patient », il est également préférable de raisonner « Parcours Patient », et analyser la qualité des interfaces entre les différents professionnels de l'hôpital. Aussi, pour apporter un regard complet sur les organisations, il semble judicieux de structurer une équipe de sensibilités différentes (informaticien, contrôleur de gestion, médecin, cadre de santé, responsable social...) pour chaque projet afin d'analyser de manière concrète les dysfonctionnements, et surtout proposer des améliorations réalistes.

Il est également important de sanctuariser un budget pour chaque projet prioritaire, pour aider le service sur des besoins précis, source de dysfonctionnements.

### **3.4. Réaliser des tests à petite échelle**

La réalisation de test sur un service permet de fiabiliser **rapidement** une démarche et d'obtenir des résultats concrets. Lorsque les résultats sont probants sur un service, le déploiement sur d'autres services devient plus simple.

Aussi, je pense qu'il est préférable d'analyser les problématiques dans son ensemble sur un domaine d'activité, de s'assurer du bon fonctionnement des réorganisations, plutôt que de traiter une partie de problématiques dans l'urgence, et de le faire simultanément sur plusieurs services. En cas d'échec sur un service, un projet peut être stoppé par le « bouche à oreille » au niveau de la communauté médicale.

### **3.5. Trouver des solutions innovantes**

Chaque projet est différent car les problématiques médicales sont bien souvent diverses et variées. Les organisations médicales ou paramédicales diffèrent également selon les structures et souvent selon les services. Aussi, il semble opportun d'identifier des solutions innovantes, qui ne demandent pas d'investissement financier, mais qui peuvent déboucher sur de réelles avancées. Sur le projet de l'IPDMS gériatrie, la mise en place de la lettre (destinée aux familles des patients) annonçant la nécessité d'envisager la prise en charge en centre SSR, en amont de l'hospitalisation, a permis d'améliorer le confort du patient et de sa famille. Ils peuvent communiquer leur préférence et une amorce de dialogue sur cette problématique d'aval est initiée très rapidement. Cette lettre, signée par le directeur de l'établissement est également un moyen pour le corps médical de se retrancher derrière une position institutionnelle, ce qui dépassionne certains débats qui pouvaient avoir lieu lorsque la famille était prévenue à la dernière minute du transfert de leur proche.

La création d'un fichier excel avec tableau croisé dynamique a permis sans moyen supplémentaire, de suivre en temps réel pour chaque patient, la DMS, la réalisation (ou la non réalisation) des demandes TRAJECTOIRE, le temps moyen pour l'initialisation ou l'envoi du dossier aux structures SSR, et la nécessité ou non d'une aide sociale. Enfin, la confirmation des disponibilités de nos partenaires SSR sur une semaine est également un outil facile à mettre en œuvre et très utile pour les équipes en place. (cf. **Annexe N° 12 : Disponibilités hebdomadaires des places de notre partenaire CLINEA**).

### **3.6. La « Direction de la Performance » : un intitulé qui porte à caution**

En échangeant avec les professionnels de santé, la Direction de la Performance véhicule une vision négative, et donc contre-productive. En effet, le mot « Performance » est souvent mal interprété car l'imaginaire des agents hospitaliers, l'associe en première intention au champ lexical des milieux financiers ; très loin de leurs préoccupations centrées autour du parcours patient. Et beaucoup trop proche des coupes budgétaires dont les hôpitaux font l'objet depuis des années. De plus, elle suscite inconsciemment une notion d'échec dans l'esprit des équipes qui vont bénéficier de l'accompagnement de la Direction de la Performance. Si cette dernière est saisie d'un dossier, cela revient à dire que l'équipe en place n'a pas été performante. L'équipe sera sur la défensive, ce qui compliquera d'entrée la situation pour l'équipe de la Performance.

La direction des opérations semble plus floue, mais à première vue, ne véhicule pas cette idée de Performance essentiellement financière. Ces impressions n'ont pas été objectivées dans mon questionnaire malheureusement, car je ne me suis rendu compte qu'en fin de stage de l'impact que pouvait avoir la dénomination de cette direction. Il serait intéressant de compléter cette enquête dans un deuxième temps en interrogeant les directeurs mais surtout en l'élargissant aux personnels médicaux, paramédicaux et techniques de l'hôpital pour connaître leur ressenti et surtout essayer de cerner une ou plusieurs options plus positive et nuancée.

## Conclusion

La notion de Performance est très complexe à appréhender dans l'univers hospitalier. Tous les interlocuteurs n'y associent pas les mêmes notions. A ceux qui estiment que la Performance hospitalière n'est que financière, Antoine GEORGES-PICOT<sup>40</sup> tient à rappeler, en accord avec la définition de l'OMS, et les théories socio-économiques en vigueur que « *la Performance financière n'est que la résultante d'une organisation performante, centrée sur l'expérience patient* ».

La notion de Performance est de plus en plus prégnante dans notre système sanitaire, impulsée tant par nos tutelles que par les consommateurs de soins qui souhaitent bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible.

Devant ce nouveau challenge, certaines directions d'établissements sanitaires publics français ont fait le choix de s'équiper de dispositifs appelés « Directions de la Performance » ou « direction des Opérations » pour optimiser leurs organisations. Au travers d'une enquête nationale réalisée auprès de 501 établissements (131 réponses) sur ces nouveaux dispositifs, nous avons pu analyser que ces derniers étaient appréciés et considérés comme des véritables leviers pour optimiser les Performances de leurs établissements, même si des limites ont été identifiées. A travers cette enquête, nous avons pu également comprendre les types d'organisations mis en place par les établissements qui ne possédaient pas ce genre de directions, et les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient (ou ne voulaient) pas s'équiper de telles structures (capacitaire de taille modeste, une limitation du titre 1, ou une problématique dans le recrutement des profils nécessaires).

Enfin, j'ai pu, à travers mon stage, travaillé au sein d'une Direction de la Performance et y mener des projets divers et variés. Je conclus de cette expérience que ces directions sont un atout pour un établissement de santé et un levier pour optimiser la Performance de la structure. J'ai également pu identifier les limites et les points d'attention à sécuriser pour ces structures.

L'univers hospitalier admet une organisation pyramidale complexe. L'autonomie des services ou des pôles favorise une gestion en silo, souvent morcelée par pathologies et non en fonction de parcours patient. Cet individualisme doit être converti en une force institutionnelle tournée vers le patient, où les intérêts de chacun convergent vers l'intérêt général. Paul Valéry écrivait qu' « un homme seul est un homme en mauvaise compagnie ». Le véritable Challenge des Directions de la Performance sera d'essayer de modifier les processus pour améliorer la transversalité des organisations tout en repositionnant le patient au cœur du dispositif, et de rendre congruents la performance des organisations et la performance financière.

---

<sup>40</sup> Directeur du cabinet de consulting GovHE (Government Healthcare), ancien Vice-Président de CAP GEMINI



---

# Bibliographie

---

## Rapports

- Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant (OMS) - 2000
- Rapport du projet Performance (ANAP), Annexe N° 1 : Bilan détaillé par établissement, annexe N°2 : Bilan opérationnel par thématique, Rapport de bilan du programme national des projets performance Décembre 2014.
- Evaluation de l'efficacité des systèmes de santé, rapport de synthèse (Commission européenne) 19-20 Mai 2014.
- Panorama de la Santé 2015 (OCDE)
- World Health Statistics 2016 (OMS).
- Euro Health Consumer Index 2016 report (Health Consumer Powerhouse).

## Articles / Dossiers

- ARS Ile-de-France, EPOD, « Les métiers innovants en établissements de santé, une vision prospective du management ? », juin 2016.
- ARS Ile-de-France, EPOD, « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante » 15 DOP soutenues par l'ARS Ile-de-France, Retour d'expériences après un an d'accompagnement, Février 2016.
- Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009.
- Etudes et résultats, Les éléments de la Performance Hospitalière N° 42 décembre 1999 (DREES).
- Management in Healthcare. Why good practice really matters (Mc Kinsey & Company & London School of Economics).
- Karolinska Sjukhuset, INSEAD 1995.
- Le Lean Management est-il applicable à l'Hôpital et pour quels résultats (CAP GEMINI), 2011.
- Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq, William D'Hoore (04/06/2016).

- La performance Hospitalière ; A la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent T Marie Annick Le Pogam, Carine Luangsay-Catelin, Jean-François Notebaert « Management & Avenir » N° 25 / 2009.
- Etudes et résultats, Qualité et accessibilité des soins : Qu'en pensent les Français ? N° 866 Février 2014 (DREES).
- Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 (Lancet)
- The Triple Aim: Care, Health, And Cost by Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan, and John Whittington Health Affairs 27, no. 3 (2008): 759–769; 10.1377/hlthaff .27.3.759
- Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Clément Nestrigue, Zeynep Or\* (Irdes)
- Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales Morgane Le Bail, Zeynep Or (Dir.) ATIH - IRDES - DGOS.
- « Etude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement: leçons pour le Canada » Baker et Denis, FCRSS, 2011
- "Evaluation of quality improvement programmes" Ovretveit and Gustafon, Qual Saf Health Care, 2002
- "Critical success factors for performance improvement programs", Barron et al. Journal on Quality and Patient Safety, 2005
- "Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America" Institute of Medicine, 2013
- "The Triple aim: care, health and cost", Berwick et al. Health Affairs, 2008
- "Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals", Mannion et al. , Journal of Health Organization and Management, 2005
- "The path to a high performance US health: A 2020 vision and the policies to pave the way", The Commonwealth Fund, 2009
- "The Well-Managed Healthcare Organization », White, 2016, American College of Healthcare Executives

### **Présentations:**

- Tackling Wasteful, Spending on Health, Learning from OECD countries' experience, Mark Pearson, Delivering high value health care, King's Fund, London, January 10, 2017, Paris
- S'inspirer des meilleurs : Le projet « systèmes de santé hautement performants » Antoine Malone (FHF / 13 décembre 2016)
- Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. Enquêtes TNS SOFRES / FHF 2012.

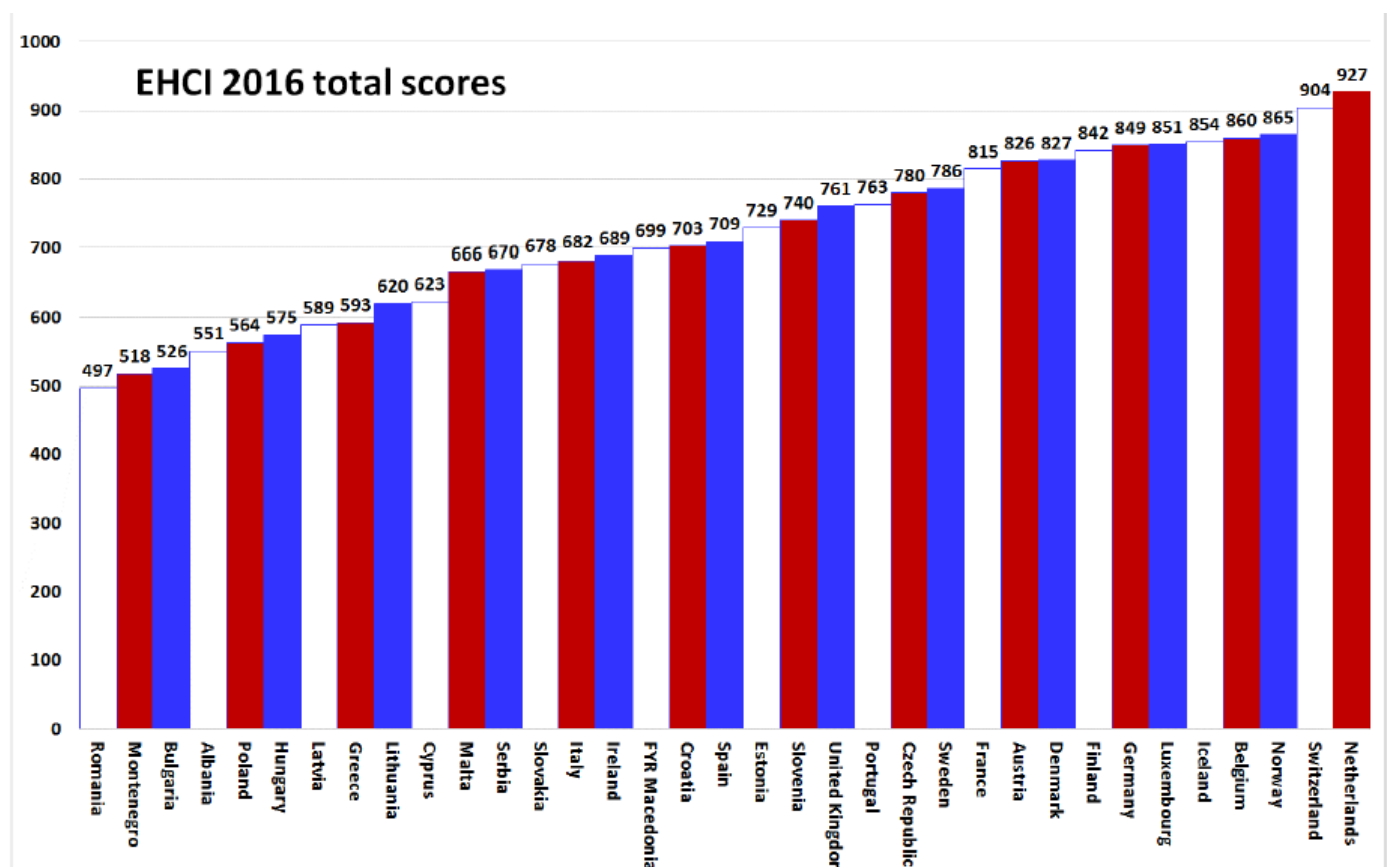
---

## Liste des annexes

---

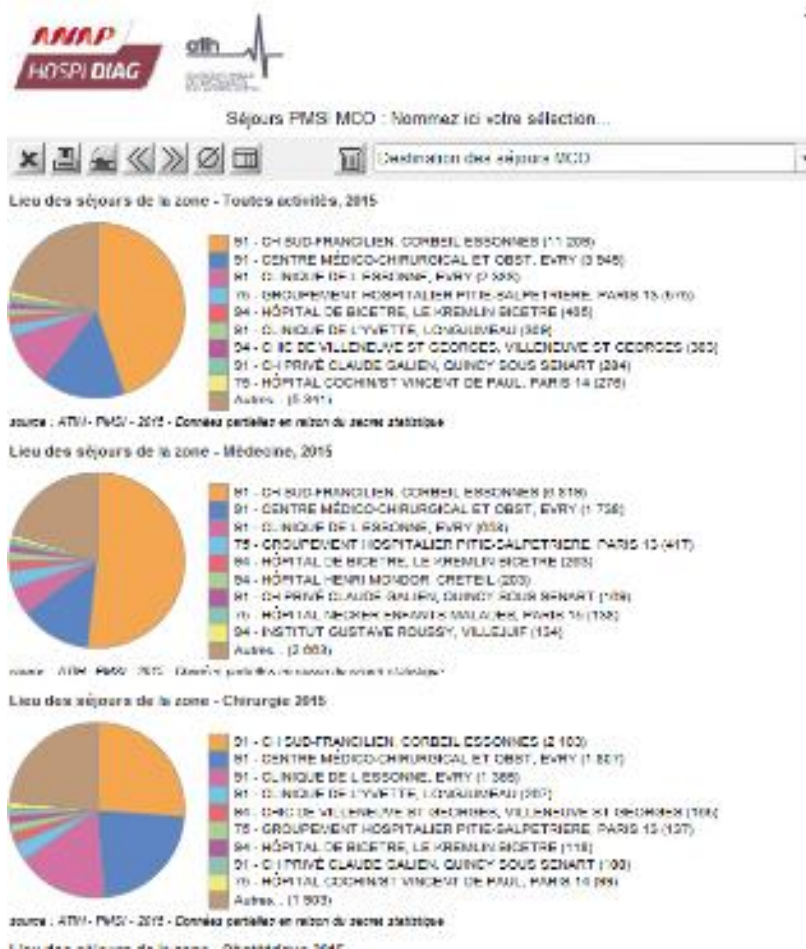
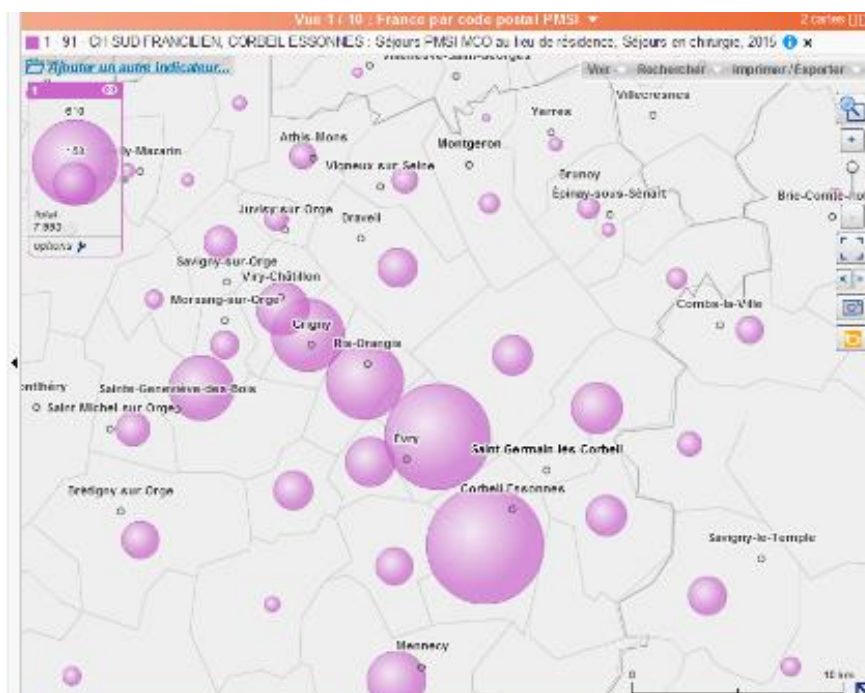
N° d'annexes	Intitulé de l'annexe
<b>Annexe 1</b>	Rapport OMS : <i>Rapport sur la santé dans le Monde : Pour un système de santé plus performant (2000)</i>
<b>Annexe 2</b>	Classement 2016 du « Health Consumer Powerhouse » intitulé le « Euro Health Consumer Index (EHCI) »
<b>Annexe 3</b>	Classement BLOOMBERG 2016, Most Efficient Health Care
<b>Annexe 4</b>	Indicateurs et Volets HOSPIDIAG
<b>Annexe 5 &amp; 6</b>	Cartographies & statistiques HOSPIDIAG
<b>Annexe 7</b>	Questionnaire Performance adressé par mail & Mail d'introduction
<b>Annexe 8</b>	CHSF : calendrier d'exécution des mesures prévues au PREF
<b>Annexe 9</b>	CHSF : Organigramme PREF – Proposition d'une direction des projets (2013)
<b>Annexe 10</b>	CHSF : Courrier institutionnel « Préparation de la sortie patient »
<b>Annexe 11</b>	Logiciel d'accompagnement / Unité de Gériatrie CHSF
<b>Annexe 12</b>	Disponibilités hebdomadaires des places de notre partenaire CLINEA

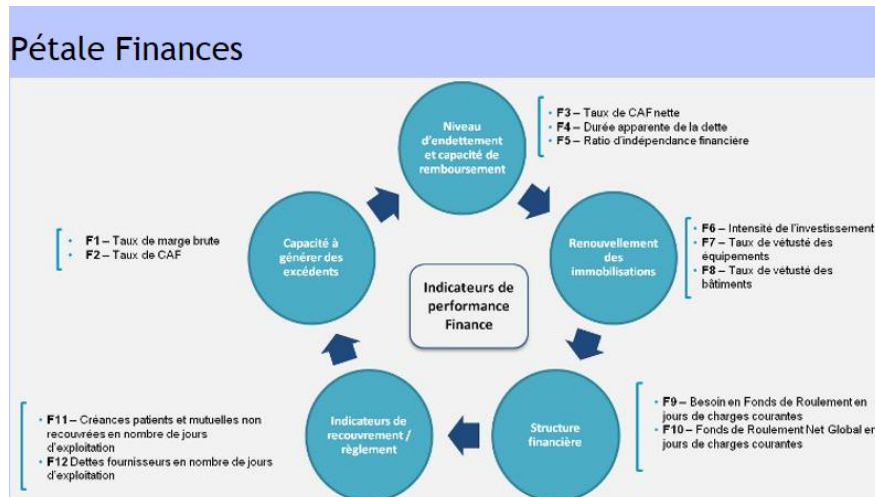
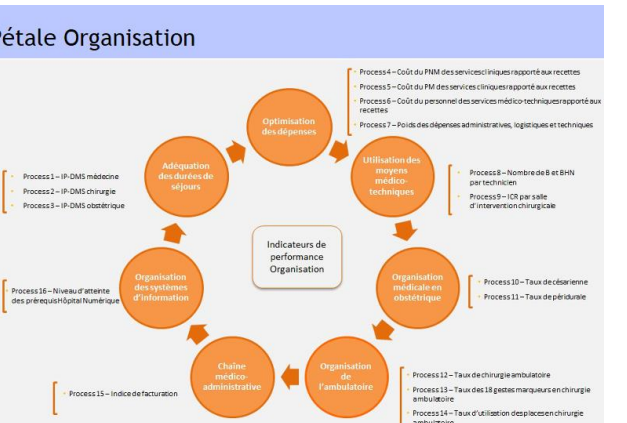
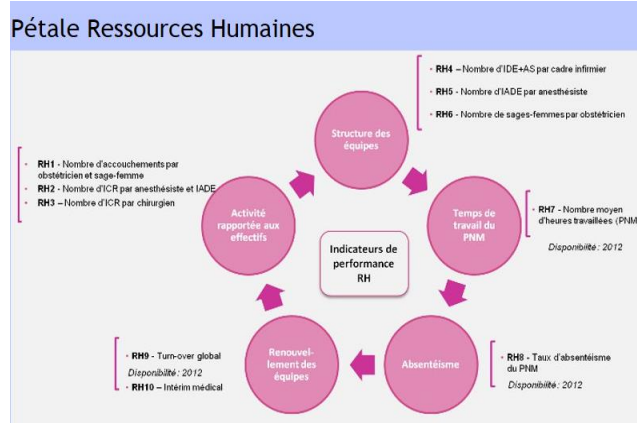
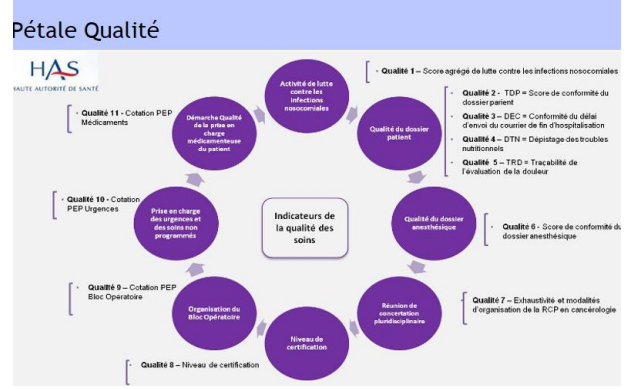
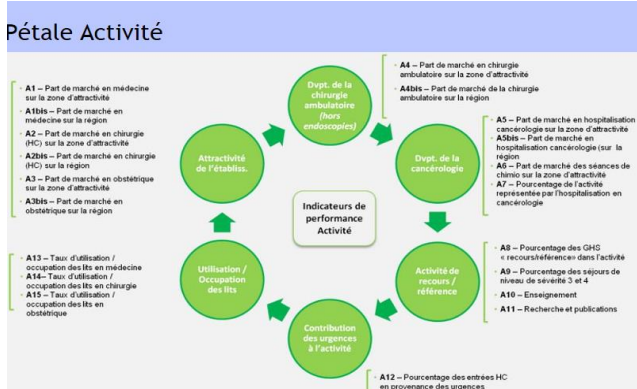
Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVC)	Distribution	Degré	Distribution					
Etats-Unis d'Amérique	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15	1	72	37
Ethiopie	182	176	179	179 – 180	138 – 139	186	189	169	180
Ex-République yougoslave de Macédoine	64	85	111	95	116 – 120	89	106	69	89
Fédération de Russie	91	69	69 – 72	86 – 87	185	100	75	127	130
Fidji	106	71	57 – 58	73 – 74	54 – 55	78	87	124	96
Finlande	20	27	19	3 – 38	8 – 11	22	18	44	31
France	3	12	16 – 17	3 – 38	26 – 29	6	4	4	1
Gabon	144	136	118 – 119	101 – 102	84 – 86	141	95	143	139
Gambie	143	155	165 – 167	157	149	153	158	109	146
Géorgie	44	61	165 – 167	141	105 – 106	76	125	84	114
Ghana	149	149	132 – 135	146	74 – 75	139	166	158	135
Grèce	7	6	36	3 – 38	41	23	30	11	14
Grenade	49	82	63 – 64	84 – 85	147	68	67	49	85
Guatemala	129	106	115 – 117	159	157	113	130	99	78
Guinée	167	166	168 – 169	130 – 131	76 – 78	172	159	160	161
Guinée-Bissau	170	177	184	174	122 – 123	180	156	156	176
Guinée équatoriale	152	151	143	118	134	152	129	174	171
Guyana	98	126	114	105 – 106	45 – 47	116	109	104	128
Haïti	153	152	157 – 160	172 – 173	163	145	155	139	138
Honduras	92	119	129	163	178	129	100	48	131
Hongrie	62	40	62	58	105 – 106	43	59	105	66



**Most Efficient Health Care**

Current Rank	2009 Rank	Change	Country/Region	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	—	Hong Kong	88.9	83.98	5.40	2,021
2	2	—	Singapore	84.2	82.65	4.92	2,752
3	8	5	Spain	72.2	83.80	9.03	2,658
4	7	3	S. Korea	71.5	82.16	7.37	2,060
5	3	-2	Japan	68.2	83.59	10.23	3,703
6	5	-1	Italy	67.7	82.69	9.25	3,258
7	4	-3	Israel	66.8	82.15	7.81	2,910
8	15	7	Chile	65.2	81.50	7.79	1,137
9	9	—	U.A.E.	64.3	77.37	3.64	1,611
10	6	-4	Australia	62.0	82.25	9.42	6,031
11	33	22	Argentina	59.8	76.16	4.79	605
12	11	-1	Taiwan	59.7	80.20	6.34	1,389
13	22	9	Greece	59.0	81.29	8.08	1,743
14	10	-4	Switzerland	57.8	82.85	11.66	9,674
15	21	6	France	56.8	82.37	11.54	4,959
16	24	8	Canada	56.1	81.96	10.45	5,292
17	20	3	Mexico	55.3	76.72	6.30	677
18	27	9	Poland	54.6	77.25	6.35	910
19	19	—	China	54.3	75.78	5.55	420
20	13	-7	Norway	54.0	81.75	9.72	9,522
21	26	5	U.K.	52.9	81.60	9.12	3,935
22	16	-6	Malaysia	52.2	74.72	4.17	456
23	29	6	Czech Rep.	51.5	78.28	7.41	1,379
24	25	1	Finland	51.1	81.13	9.68	4,612
25	35	10	Turkey	49.8	75.16	5.41	568
26	36	10	Portugal	49.6	80.72	9.50	2,097
27	14	-13	Sweden	48.9	81.96	11.93	6,808
28	28	—	Austria	48.5	81.34	11.21	5,580
29	23	-6	Netherlands	48.3	81.30	10.90	5,694
30	52	22	Iran	47.6	75.39	6.89	351
31	38	7	Romania	47.2	75.60	5.57	557







Volets	Items clés	Indicateurs
<b>Activité</b>	Attractivité de l'établissement	Part de marché Médecine, chirurgie, & obstétrique sur la zone ou sur la région
	Développement de la chirurgie ambulatoire	Part de marché (zone et Région)
	Développement de la cancérologie	Part de marché d'Hospitalisation et séances (zone et Région)
	Activité recours / référence :	% GHS recours dans l'activité / % séjours sévérité 3 & 4 / enseignement / recherche
	Contribution du SAU à l'activité	% des urgences hospitalisées
	Occupation des lits	Taux d'occupation en médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>Qualité des soins</b>	Activité de lutte contre les infections nosocomiales	Qualité 1 (score de lutte contre les infections nosocomiales)
	Qualité du dossier patient	Qualité 2 (score conformité dossier patient / Qualité 3 : conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation/ Qualité 4 : dépistage des troubles nutritionnels / Qualité 5 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur)
	Qualité du dossier anesthésique	Qualité 6 : Score de conformité du dossier anesthésique
	Réunion de concertation Pluri disciplinaire	Qualité 7 : Exhaustivité et modalités d'organisation de la RCP en cancérologie.
	Niveau de certification	Qualité 8 : Niveau de certification
	Organisation du bloc opératoire	Qualité 9 : Cotation PEP du bloc opératoire
	Prise en charge des urgences et des soins non programmés	Qualité 10 : Cotation PEP Urgences
Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient	Qualité 11 : Cotation PEP Médicaments	
<b>Organisation</b>	Adéquation des DMS	Process 1 : IPDMS Médecine / Process 2 : IPDMS Chirurgie / Process 3 : IPDMS Obstétrique.
	Optimisation des dépenses	Coût du PNM / Coût du PM
	Utilisation des moyens Médicotechniques	Process 8 : Nombre de B et BHN par technicien / Process 9 : ICR par salle de bloc.
	Organisation médiale en obstétrique	Process 10 : Taux e césarienne / process 11 : Taux de Périurale.
	Organisation de l'ambulatoire	Process 12 : Taux de chirurgie ambulatoire / Process 13 : Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire / Process 14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire /
	Chaîne Médico-administrative	Process 15 : Indice de facturation

	Organisation des systèmes d'information	Process 16 : Niveau d'attente des prérequis Hôpital Numérique
<b>Ressources humaines</b>	Activité rapportée aux effectifs	RH1 : Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme / RH2 : Nombre d'ICR par anesthésiste et IADE / RH3 : Nombre d'ICR par chirurgien
	Structure des équipes	Nombre d'IDE + AS par cadre infirmier / RH5 : Nombre d'IADE par anesthésiste / RH6 : Nombre de sage-femme par obstétricien /
	Taux de travail du PNM	Nombre moyen d'heures travaillées (PNM)
	Absentéisme	Taux d'absentéisme du PNM
	Renouvellement des équipes	RH9 : Turn-over Global / RH 10 : Intérim médical
<b>Finances</b>	Capacité à gérer des excédents	F1 : Taux de marge brute / F2 : Taux de CAF.
	Niveau d'endettement et capacité de remboursement	F3 : Taux de CAF Nette / F4 : Durée apparente de la dette / F5 : Ratio d'indépendance financière.
	Renouvellement des immobilisations	F6 : Intensité de l'investissement / F7 : Taux de vétusté des équipements / F8 : Taux de vétusté des bâtiments.
	Structure financière	F9 : Besoin en Fonds de Roulement en jours de charges courantes / F10 : Fonds de Roulement Net Globale, jours de charges courantes.
	Indicateurs et recouvrement / règlement	F11 : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours / F12 : Dettes fournisseurs en nombre de jour d'exploitation.

Contenu du courriel envoyé aux destinataires de l'étude (envoi individuel ciblé et non groupé)

Monsieur le Directeur,\*

J'appartiens à la promotion EDH Hippocrate 2016-2017. Je réalise actuellement mon mémoire sur le dispositif des Directions de la Performance / Direction des Opérations. Aussi, je me permets de vous solliciter par mail car je souhaiterais obtenir votre avis à ce titre.

**Ce questionnaire est très court. Il s'agit pour l'essentiel de questions fermées et ne dépasse pas 2-3 minutes. Il vous suffit de cliquer sur l'image ci-dessous pour accéder à l'enquête.**

Je vous remercie par avance de votre collaboration.

Très cordialement.

Olivier GUIGOU  
EDH Promotion Hippocrate.



\* Monsieur le Directeur ou Madame la Directrice (mail envoyé individuellement).

## Direction de la Performance.

\* Required

Type d'établissement \*

CHU

CH

Capacitaire de l'établissement \*

< 500 lits

Entre 500 et 1.000 lits

Entre 1.001 et 1.499 lits

>1.500 lits

Avez-vous une Direction de la Performance (ou des opérations)?

\*

Oui, une direction de la Performance

Oui, une direction des Opérations

Non, aucune des deux.

NEXT

---

## Questionnaire spécifique pour les établissements qui ont déclaré posséder une Direction de la Performance.

---

\* Required

### Caractéristiques de votre Direction de la Performance

Depuis quand est-elle active? \*

Choose ▼

Positionnement de la Direction de la Performance \*

- Rattachée au Directeur Général
- Rattachée au Directeur des Finances
- Rattachée à la direction de la qualité
- Autres (à préciser ci dessous)

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

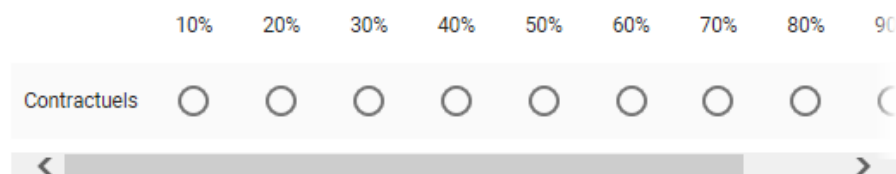
Your answer

---

Dimensionnement de l'équipe directement rattachée à de votre Direction de la Performance (nombre d'ETP) \*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Directeur d'Hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingénieur en organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrôleur de gestion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre administratif de pôle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestionnaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est le % d'ETP non titulaire (contractuel) directement rattaché à cette direction? \*



Quelles sont les compétences que vous privilégiez lors du recrutement d'un membre de cette direction? (Ordre de préférence : 1= Prioritaire / 5= Non prioritaire) \*

	1	2	3	4	5
Compétence en gestion de projets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétence en contrôle de gestion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétence et expérience en qualité, gestion des risques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniques et méthodes d'optimisation des processus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communication : Sens du dialogue et fort savoir faire, capacité de conviction et d'adhésion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Connaissance de l'écosystème hospitalier, ses acteurs et interactions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expérience diversifiée (privé sanitaire, hors sanitaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cursus universitaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expérience en cabinet de conseil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à mettre en place un plan d'actions concret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créativité / Adaptabilité pour trouver de nouvelles solutions concrètes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Le Directeur Général valide t-il l'ensemble des missions de la Direction de la Performance? \*

- Le DG valide seul l'ensemble des missions de la Direction de la Performance (ou après avis du directoire)
- La Direction de la Performance peut s'auto-saisir des sujets qui lui paraissent importants.

Cette Direction peut-elle accéder à l'ensemble des données de l'établissement sans en référer aux Directions Fonctionnelles?

- Oui
- Non

Classer par ordre d'importance, les missions que votre Direction de la Performance est amenée à traiter en priorité? (1 = Prioritaire -> 5= Non prioritaire). \*

	1	2	3	4	5
OPTIMISATION d'une activité existante (Amélioration des recettes, Réduction de la DMS...), Réduction des dépenses (T1, T2, T3)...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREATION d'activité ou de filière médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEVELOPPEMENT d'activités transversales = commission bed blockers, conseil de bloc, cellule de gestion des lits, Bureau central des RDV, Plateau de consultations...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Amélioration de la facturation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Suivi de la certification des comptes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : suivi du PREF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Mise en place de plans d'économie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stratégie : Gestion des partenariats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité : Intervention dans les process qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Your answer

---

La direction de la Performance assure-t-elle la mise en place et le suivi du plan d'actions avec les services concernés? \*

- OUI, mise en place et suivi du plan sur tous les projets
- Oui, suivi et mise en place mais sur quelques projets seulement
- Non, elle n'assure pas la mise en place et le suivi du plan d'actions (uniquement stratégique)

BACK

NEXT

Dans la négative, à qui confiez-vous la mise en place et le suivi du plan d'actions? \*

- Aux services concernés
- A une direction fonctionnelle
- A un cabinet de conseil

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Your answer

---

BACK

NEXT

Etes vous satisfait des résultats obtenus par la Direction de la Performance? (Percevez vous ce dispositif comme un levier pour optimiser la Performance de votre établissement) \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Faible           Elevé



## Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien? \*

	OUI	NON
Difficulté d'évaluer le ROI/efficacité d'une telle structure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté de recruter les profils adéquates pour ce type de structure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'efficacité de ce type de structure est aléatoire et dépend de la personnalité/compétences du responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionnement transversal complexe car pouvant être considéré comme intrusif tant par les directions fonctionnelles que par le corps médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté pour la direction de la Performance d'avoir accès aux informations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nouvelles fonctions, peu connues et mal identifiées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés pour le DG de tracer la feuille de route de cette direction de la Performance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La taille embryonnaire de ce type de direction permet d'assurer la phase d'audit et de plan d'actions, mais ne permet pas d'assurer la mise en place.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impossibilité financière d'étoffer l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucune difficulté rencontrée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Your answer

---

## Quels sont les actions qui ont le plus porté leurs fruits? \*

Your answer

---

### Envisagez vous de : \*

- Maintenir la Direction de la Performance à l'identique
- Etoffer l'équipe et le nombre de missions confiées.
- Supprimer cette direction

Prévoyez-vous la création d'une Direction de la Performance transversale unique sur le GHT? \*

OUI

NON

Percevez-vous la Direction de la Performance comme un outil indispensable au succès de la mise en place des GHT? \*

OUI

NON

Qu'envisageriez-vous (en quelques mots) pour optimiser l'efficacité de votre Direction de la Performance? \*

Your answer

---

BACK

NEXT

-----

---

## Questionnaire spécifique pour les établissements qui ont déclaré ne pas avoir de Direction de la Performance

---

**Vous ne disposez pas d'une direction de la performance ou des opérations.**

Envisagez vous de créer une direction de la performance ou des opérations dans votre établissement? \*

- Oui
- Non

BACK

NEXT

**Vous envisagez de créer une Direction de la Performance...**

Pourriez vous préciser les délais? \*

- 0 - 1 an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 4 ans +

BACK

NEXT

Une réflexion au niveau du GHT pourrait-elle être envisageable?

\*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui

Classer par ordre d'importance, les missions qui devraient relever d'une Direction de la Performance? (1 = Prioritaire -> 5= Non prioritaire). \*

	1	2	3	4	5
OPTIMISATION d'une activité existante (Amélioration des recettes, Réduction de la DMS...), Réduction des dépenses (T1, T2, T3)...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREATION d'activité ou de filière médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEVELOPPEMENT d'activités transversales = commission bed blockers, conseil de bloc, cellule de gestion des lits, Bureau central des RDV, Plateau de consultations...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Amélioration de la facturation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Suivi de la certification des comptes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : suivi du PREF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finances : Mise en place de plans d'économie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stratégie: Suivi du plan triennal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stratégie : Gestion des partenariats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité : Intervention dans les process qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment gérez vous actuellement l'optimisation de la performance dans votre établissement? \*

- avec les directeurs référents de pôle
- avec le contrôle de gestion.
- avec l'aide des cadres administratifs de pôles
- uniquement avec les services concernés

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Your answer

---

Pouvez-vous expliciter l'organisation mise en place pour l'optimisation des organisations? \*

Your answer

---

En cas de problématiques transversales (travail sur l'aval SSR, gestion des blocs....), y a t-il un accompagnement par la Direction Générale pour finaliser les dossiers complexes? \*

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) votre établissement n'a t-il pas envisagé la mise en place d'une direction de la performance? \*

- Maitrise du Titre 1 : Impossibilité de gager des postes pour la création de ce type d'activité.
  - Difficulté pour recruter des profils adaptés et expérimentés
  - Les bons résultats obtenus ne nécessitent pas la création d'un tel dispositif
  - Projet à l'étude mais non encore abouti
  - Peu convaincu par le potentiel de ce type de direction.
  - Pas de besoin identifié actuellement sur le site
-

- Nouvelles fonctions, peu connues et mal identifiées.
- Le positionnement transversal ne serait pas bien accepté par les équipes de direction ou le corps médical
- La taille embryonnaire de ce type de direction ne permet pas d'obtenir des résultats tangibles.

Si "Autres", pouvez-vous préciser?

Your answer

---

BACK

NEXT

---

## Fin du questionnaire commune aux établissements équipés ou non équipés d'une Direction de la Performance

---

### Direction de la Performance.

\* Required

#### Merci

Je vous remercie d'avoir pris quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

Pour mieux se connaître.... êtes-vous : \*

- Directeur Général
- Directeur Général Adjoint
- Directeur de la Direction de la Performance
- Directeur adjoint responsable d'une direction fonctionnelle
- Other: \_\_\_\_\_

Etablissement \*

Your answer \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'enquête? \*

- Oui
- Non

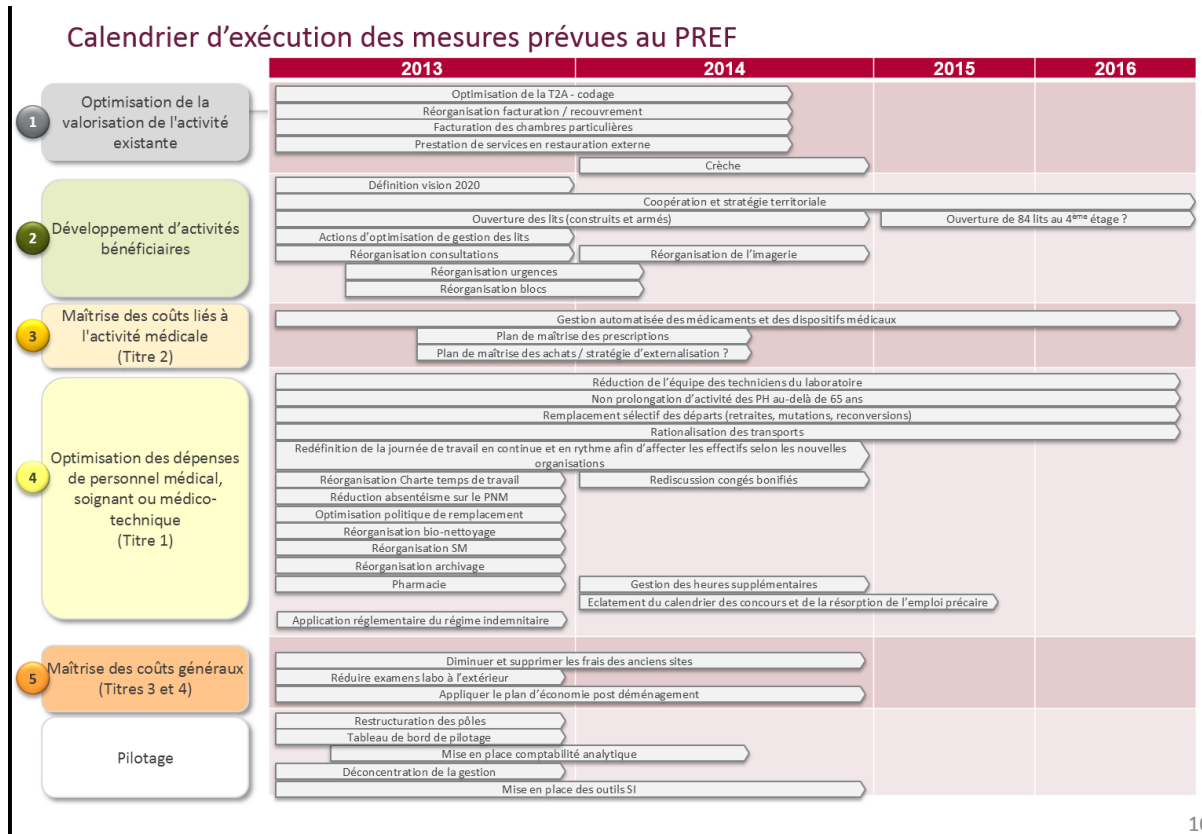
Dans l'affirmative, merci de bien vouloir nous préciser votre  
adresse mail.

Adresse mail \*

Your answer \_\_\_\_\_

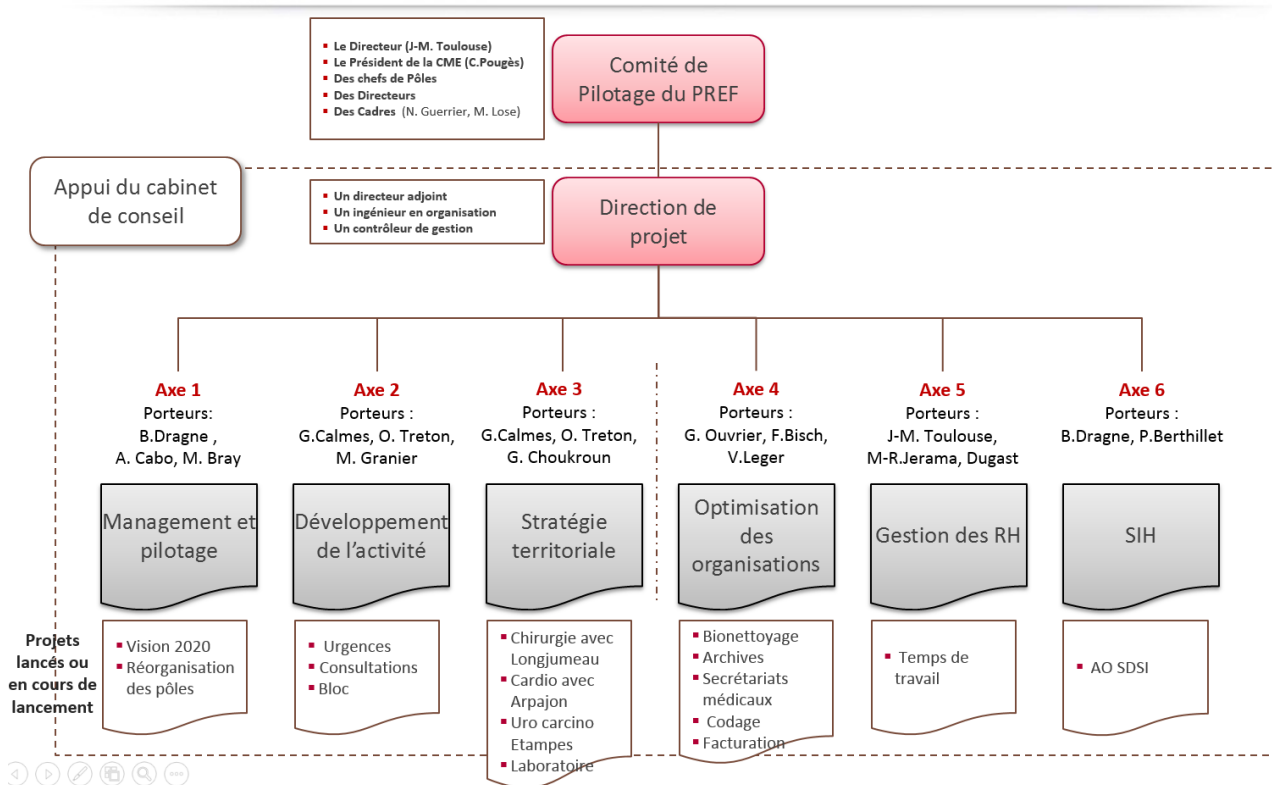
BACK

SUBMIT





Le PREF s’appuie sur un Comité de Pilotage et une Direction dédiés. Il est structuré autour de 6 axes





ETIQUETTE PATIENT

## PREPARATION DE LA SORTIE PATIENT

- Service de court séjour gériatrique -

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans l'unité de court séjour gériatrique du CHSF, et nous vous remercions de votre confiance. Pour information, la durée de séjour nationale constatée pour ce type d'unité oscille en moyenne entre 5 et 10 jours. Aussi, pour le bon déroulement de votre prise en charge médicale, une réflexion sur le mode de sortie doit être conduite dès le début de votre hospitalisation afin d'organiser dans les meilleures conditions votre retour à domicile, ou prévoir votre hospitalisation dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) le cas échéant.

Le choix du mode de sortie relève d'une décision médicale. L'équipe médicale appuyée par le service social du centre Hospitalier Sud Francilien déterminera le mode le plus approprié à votre situation médico-sociale, en fonction des informations que vous lui communiquerez.

Le choix du centre de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) est une étape importante de votre prise en charge. Des partenariats ont été définis entre les médecins de l'unité de court séjour gériatrique et les médecins de certaines structures SSR. Ces relations privilégiées ont pour but d'optimiser la qualité de la rééducation et de favoriser les échanges d'informations entre les médecins des 2 structures.

Tous les centres SSR n'assurant pas les mêmes types de prises en charge, le médecin vous indiquera les structures adaptées à votre situation, et l'équipe vous interrogera sur vos éventuelles préférences.

Les centres SSR étant très sollicités, le service social du CHSF contactera plusieurs centres (entre 3 et 5) pour sécuriser une solution d'aval rapide, et tiendra compte de vos souhaits, sans pour autant pouvoir garantir le respect de vos préférences. En cas de refus de la part des SSR initialement choisis, les demandes pourront être étendues à des structures plus éloignées ou n'ayant pas retenues votre attention initialement.

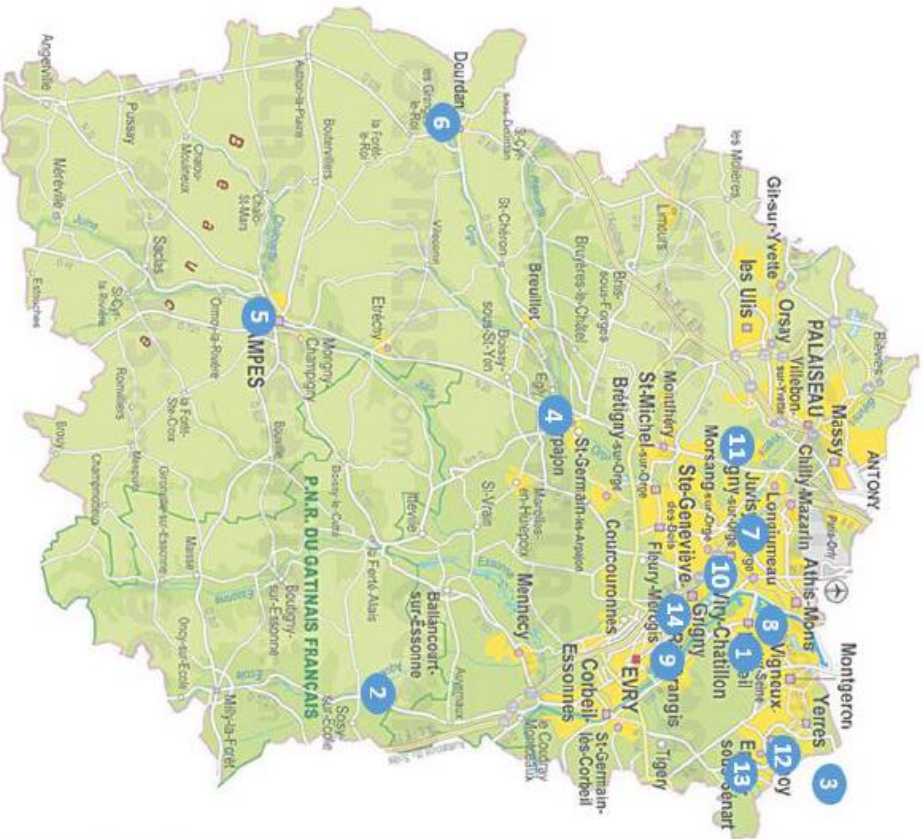
L'équipe du Centre hospitalier Sud Francilien reste à votre entière disposition et vous souhaite un agréable séjour.

Thierry SCHMIDT

Directeur du CHSF

# Nos partenaires

## Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)



N°	Structures	Ville	Préférences du patient (1 à 5)
1	Hôpital Dupuytren (APHP)	Draveil	
2	Hôpital Georges Clémenceau (APHP)	Champcueil	
3	Hôpital Emile Roux	Limeil Brevannes	
4	Centre Hospitalier d'Arpaizon	Arpaizon	
5	Hôpital d'Etampes	Etampes	
6	Hôpital de Dourdan	Dourdan	
7	Centre hospitalier des 2 vallées (site Juvisy)	Juvisy	
8	Groupe Hospitalier les Cheminots (site Draveil)	Draveil	
9	Groupe Hospitalier les Cheminots (site Ris Orangis)	Ris Orangis	
10	Clinique Le moulin de viry	Viry Chatillon	
11	Hôpital privé les Magnolias	Ballainvilliers	
12	Clinique Gériatrique les Vallées	Brunoy	
13	Clinique "Les jardins de brunoy"	Brunoy	
14	Clinique Pasteur	Ris Orangis	

Autres préférences

-----

## Points hebdomadaires

Unité court séjour gériatrique - service social hospitalier

1) Point patient par patient

N°	Mode de sortie envisagé	Médecins	Date d'hospitalisation	Nom Prénom	Trajectoire initialisé	Commentaires (si nécessaire)	Action service Social demandé	DMS à date
1	Domicile (aide idem)	Médecin N°1	27/07/2017	Patient1	NON	Connue du service-examens en cours	NON	8
2		Médecin N°2	19/07/2017	Patient2	NON	Projet de RAD quand plus stable sans nécessité dem ajorer les aides.	NON	16
3			26/07/2017	Patient3	NON	A réévaluer-RAD souhaité	OUI	9
4	EHPAD	Médecin N°1	17/07/2017	Patient4	NON	21/07 : retour EHPAD semaine prochaine	NON	18
5	Non déterminé à date	Médecin N°3	19/07/2017	Patient5	OUI	19/07 : Très instable. 21/07 : Demande trajectoire faite? SSR CHSF. Préconisation de sortie le 21/08	NON	4
6			26/07/2017	Patient6	NON	Instable	NON	9
7		Médecin N°2	19/07/2017	Patient7	NON	Instable, probable USPalliatifs (en attente RCP post biopsie masse) ou SSR à voir	NON	16
8			27/07/2017	Patient8	NON	Exploration à faire	NON	8
9				Patient9	NON	Exploration à faire	NON	8
10			28/07/2017	Patient10	NON	(vide)	NON	7
11			31/07/2017	Patient11	NON	(vide)	NON	4
12			01/08/2017	Patient12	NON	(vide)	NON	3
13			03/08/2017	Patient13	NON	(vide)	NON	1
14				Patient14	NON	(vide)	NON	1
15		Médecin N°3	02/08/2017	Patient15	NON	(vide)	NON	2
16			03/08/2017	Patient16	NON	(vide)	NON	1
17	SSR	Médecin N°1	27/07/2017	Patient17	OUI	21/07: SSR demandé, patiente refusée sur les structures demandées, et actuellement trop instable de toute façon pour un transfert. Refus DUP & Cheminots. Négoc avec DUP. Instable	OUI	7
18		Médecin N°2	19/07/2017	Patient18	OUI	Accord de principe pour Ris et MV mais la famille veut Draveil. 21/07: A confirmer Lundi.En att.DE SSR Très instable	OUI	4
19			26/07/2017	Patient19	OUI	Instable, bloc le 20. refus de ssr6l'équipe recherche l'acceptation	OUI	3
20		Médecin N°4	18/07/2017	Patient20	OUI	Famille vue le 20, SSR à demander ou RAD si plus stable; Champouell Traj à faire	OUI	1

## Patients SANS trajectoire initialisé

09/08/2017

MEDECINS	Mode de sortie envisagé	Nom Prénom	Date Hospit. Gériatrie	Commentaires (si nécessaire)	Nombre de jours sans trajectoire
Médecin N°1	SSR	Patient 1	26/07/2017	Instable	9
Médecin N°2	Non déterminé	Patient 2	27/07/2017	Instable, probable USPalliatifs (en attente RCP post biopsie masse) ou SSR à voir	8
Médecin N°2	Non déterminé	Patient 3	27/07/2017	Exploration à faire	8
Médecin N°2	Non déterminé	Patient 4	27/07/2017	Exploration à faire	8
Médecin N°2	SSR	Patient 5	31/07/2017	(vide)	4
Médecin N°2	SSR	Patient 6	28/07/2017	(vide)	7
Médecin N°2	SSR	Patient 7	01/08/2017	(vide)	3
Médecin N°2	SSR	Patient 8	03/08/2017	(vide)	1
Médecin N°2	SSR	Patient 9	03/08/2017	(vide)	1
Médecin N°3	SSR	Patient 10	02/08/2017	(vide)	2
Médecin N°3	SSR	Patient 11	03/08/2017	(vide)	1

21-07-17;18:57 ;Clinea # 1/ 1  
;0169545604

**CLINEA**  
CLINIQUES

**POSSIBILITE D'ADMISSIONS  
GERIATRIE CHSF**

Service du Dr CERVANTES

SEMAINE 30

LUNDI : 24 JUILLET	LIT(S) :2
MARDI : 25 JUILLET	LIT(S) :
MERCREDI : 26 JUILLET	LIT(S) : 1
JEUDI : 27 JUILLET	LIT(S) :2
VENDREDI :28 JUILLET	LIT(S) : 1
SAMEDI :29 JUILLET	LIT(S) :

De 9h30 à 18h00

Secretariat :01.69.54.56.51

Dr PERA : 01.69.54.56.38

Dr PEREZ : 01.69.54.56.09

Médecin coordinateur: Dr Astrid CHAUSSIS 01 69 54 56 49  
SSR GERIATRIQUE : Dr Hélène PERA & Dr Sandra PEREZ

**Clinique Le Moulin De Viry**  
2 rue Horace de Choiseul - 91170 Viry-Châtillon- Tel : 08.26.10.23.10  
Fax : 01.69.54.56.04  
SAS CLINEA au capital de 5 525 863 EUROS  
Siège social : 115 rue de la Santé - 75013 PARIS - RCS PARIS B 301 160 750



GUIGOU

OLIVIER

OCTOBRE 2017

**DIRECTEUR D'HOPITAL**  
Promotion 2016-2017

**La "Direction de la Performance" : un nouveau dispositif d'action et de pilotage à l'épreuve de la réalité hospitalière.**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : ECOLE DES HAUTES ETUDES DE SANTE PUBLIQUE

**Résumé :**

La notion de la Performance est de plus présente au niveau des établissements. Un nouveau type de direction fonctionnelle a vu le jour depuis 2007 dans les établissements publics : les Directions de la Performance. A ce jour, peu de retours existent sur ces nouveaux dispositifs.

**L'objectif de ce mémoire est donc d'aider à répondre à la question : Les "Directions de la Performance" sont-elles considérées par les managers en santé comme un levier pour optimiser la Performance des Etablissements Publics de Santé ?**

Au travers d'une enquête nationale réalisée auprès de 501 établissements (131 réponses) sur ces nouveaux dispositifs, nous avons pu analyser que ces derniers étaient appréciés et considérés comme des véritables leviers pour optimiser les Performances de leurs établissements, même si des limites ont été identifiées. A travers cette enquête, nous avons pu également comprendre les types d'organisations mis en place par les établissements qui ne possédaient pas ce genre de directions, et les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient (ou ne voulaient) pas s'équiper de telles structures (capacitaire de taille modeste, une limitation du titre un, ou une problématique dans le recrutement des profils nécessaires).

Enfin, j'ai pu, à travers mon stage, travailler au sein d'une Direction de la Performance et y mener des projets divers et variés. Je conclus de cette expérience que ces directions sont un atout pour un établissement de santé et un levier pour optimiser la Performance de la structure. J'ai également pu identifier les limites et les points d'attention à sécuriser pour ces structures.

**Mots clés :**

Direction de la Performance, Direction des Opérations, Enquête nationale, Levier de performance, Optimisation des organisations, Amélioration de l'IPDMS, Dispositif d'action et de pilotage.

*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.*