



# **Les tableaux de bord de l'AP-HP : "en marche vers les BSC"**

**Marie-Christine Barnaud  
Cabinet de la Direction Générale  
Projet Pilotage**

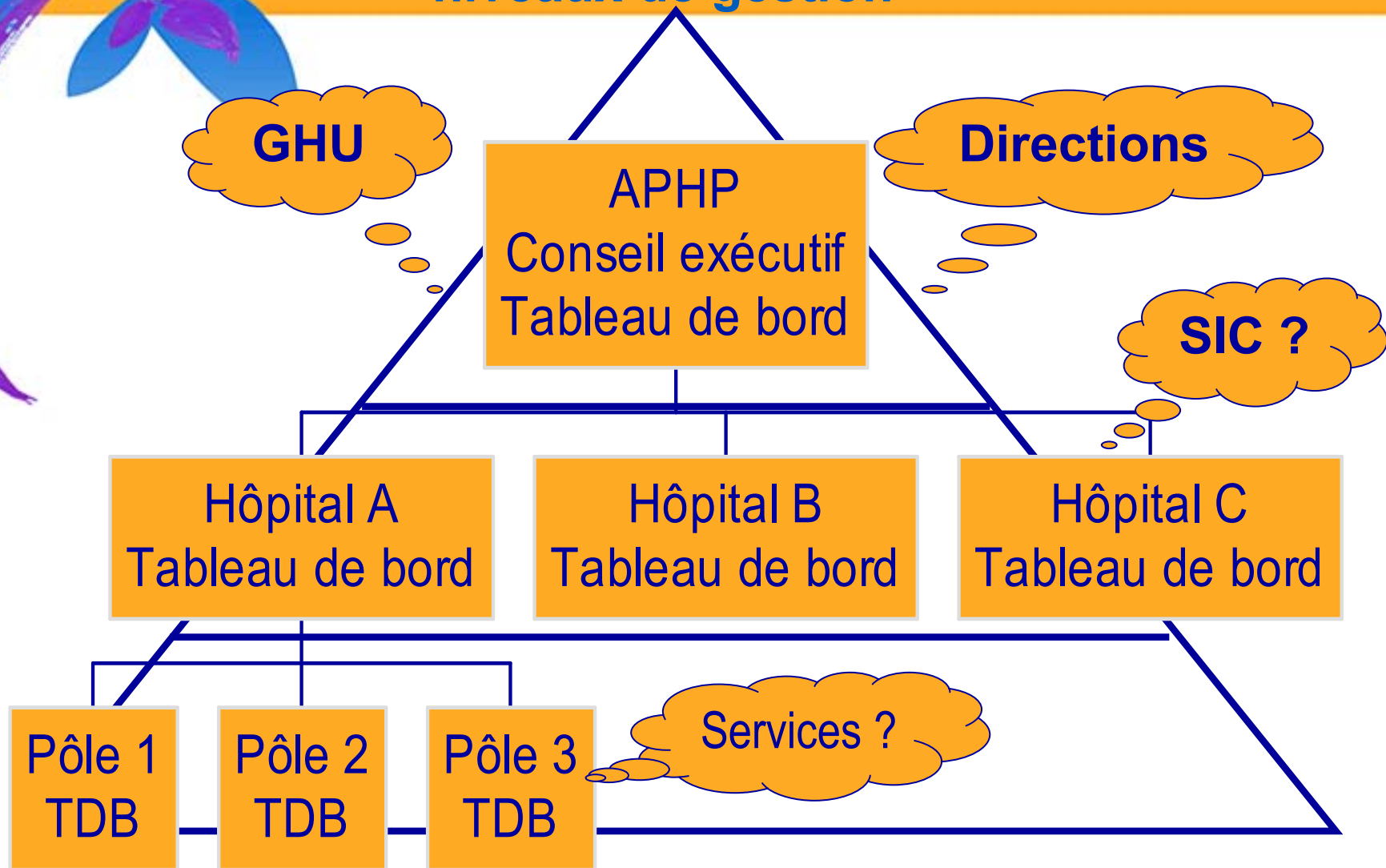
# L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris



4 GHU  
 39 hôpitaux  
 150 pôles  
 750 services  
 90 000 personnes  
 Dont 18 000 médecins  
 5, 8 M €  
 25 470 lits  
 1 180 places hôpital de jour  
 1 000 000 de patients en hospitalisation  
 4,8 millions de consultations



# L'AP-HP : une organisation rénovée à 3 niveaux de gestion





# Présentation de la démarche générale sur les Tableaux de bord

## Le contexte : des besoins immédiats de pilotage liés aux nouveaux projets de l'APHP

**Plan stratégique** → suivi de sa mise en œuvre et de ses résultats

**Nouvelle gouvernance** → outils d'aide à la décision pour les pôles et les conseils exécutifs locaux et APHP

**T2A** → outils permettant une meilleure connaissance/pilotage des coûts, de l'activité, de la juste prescription... + prise en compte des « règles du jeu »

*Pour les décideurs (pôle, hôpital, siège),  
des instruments de mesure cohérents entre eux  
leur permettant d'évaluer leur performance  
par rapport à leurs objectifs  
et de se comparer à leur environnement  
afin de les aider à prendre des décisions*

## Un plan stratégique qui au niveau AP-HP décline les différentes perspectives traditionnelles du BSC

### ■ Les éléments caractéristiques de la performance médico-économique

- L'évolution de l'**activité** en nature
- Une approche de l'**efficience économique**  
Rapprochement de l'évolution de l'activité et des dépenses

**Résultats  
économiques**

### ■ L'attractivité de l'AP-HP et l'évaluation de la **qualité** de la prestation :

- Qualité vis à vis des patients
- Qualité/attractivité vis à vis des personnels

**Permanence et  
qualité des soins**

### ■ S'assurer que les **projets clés** sont mis en œuvre dans les délais requis

- Amélioration de l'organisation
- Restructurations / créations de nouvelles activités

**Processus  
et apprentissage  
organisationnel**

# Cadran Activité

## Urgences

Situation / Cible	Réalisé Déc. 05	Cible Déc. 05	Réalisé Déc. 04	Ecart 05-04
Taux d'évolution cumulée du nombre de passages aux urgences (%)				
Nb de jours où les passages aux urgences sont supérieurs aux années précédentes				ND
Taux de transferts non "organisés" à partir du Service d'Accueil des Urgences par manque de place ou indisponibilité de l'équipe				
% cumulé de séjours en ZSTCD > 1 nuit				
<b>Taux d'évolution du nombre de séjours en MCO (H. complète et H. partielle)</b>		+2%		
<b>Structures d'hospitalisation complète (HC)</b>				
Index de performance de la durée des séjours MCO >= 2 nuits (IP)				
Nb de séjours dans les structures d'hospitalisation complète (HC)				
Taux de séjours 0 nuit en HC (%)				< 5%
Taux de séjours 1 nuit en HC (%)				
Nb de séjours >= 2 nuits				
Taux d'évolution nb de séjours >= 2 nuits (%)				
Poids moyen du cas traité (PMCT) des séjours CM24 en HC				
PMCT des séjours >= 2 nuits (forfait GHS, hors suppléments)				
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux >= 2 nuits (% , en GHM)				
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux < 2 nuits (% , en GHM)				
Score de complexité sociale moyen (indice)		ND		ND
<b>Structures d'hospitalisation partielle</b>				
Taux d'évolution du nombre de séjours hôpital de jour (hors séances) (%)				
Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires (% , en GHM)				
<b>SSR</b> Nombre de séjours (à fin septembre 2005)				
Taux de séjours pris en charge en aval d'un hôpital AP-HP (%)				
<b>HAD</b> Nombre de journées				
<b>Capacités de prise en charge</b>				
Nb de lits ouverts (moyenne observée sur le mois) MCO				
SSR				
SLD				
TOC MCO (%) (mensuel)				
TOC SSR (%) (mensuel)				
TOC SLD (%) (mensuel)				
Taux d'occupation capacité autorisée SLD (%) (cumulé sur l'année)				97% (cible 2006)

N.B. les données issues du PMSI sont non corrigées de l'exhaustivité du codage

# Cadran Efficience

## Nombre d'hôpitaux respectant leur contrat Activité

Taux de réalisation du contrat de plan équilibre à fin ... 2005  
(cible = prorata temporis)

## Equilibre budgétaire

Ecart entre les recettes réelles et les recettes budgétées (%)  
Ecart entre les dépenses réelles et les dépenses budgétées (%)

## Montant des dépenses (en millions d'euro)

Montant dépenses Groupe 1 (millions d'euro)  
dont PM (millions d'euro)  
dont PNM (millions d'euro)  
Montant dépenses médicales Groupe 2 (millions d'euro)  
dont médicaments hors T2A hors rétrocessions (millions d'euro)  
dont médicaments et DMI T2A (millions d'euro)  
Montant dépenses hôtelières et générales Groupe 3 (millions d'euro)  
Montant des dépenses pour les services centraux\*  
*\*comprend Siège, formations, et charges communes*

## Evolution du volume de prescriptions d'examen de biologie et d'imagerie

## Recettes, en millions d'euros

Recettes d'hospitalisation MCO (GHS hors suppléments)  
Suppléments (réanimation, NN, Médicaments et DMI coûteux)  
Recettes externes

## Codage à fin ..... 2005\*

Taux d'exhaustivité cumulé du codage PMSI en HC (%), à +15j  
Taux de séjours avec CMA  
*en annexe les taux d'exhaustivité des établissements*

# Cadran Attractivité / Qualité / Risques

## Personnel

Situation / Cible	Réalisé Déc. 05	Cible Déc. 05	Vacants	Réalisé Déc. 04
Taux d'évolution de l'effectif total du PNM (en %, budget général et long séjour)				
Effectifs soignants (en équivalents temps plein, ETP)				
dont infirmiers diplômés d'Etat				
dont aides-soignants				
dont infirmiers de bloc opératoire				
dont infirmiers anesthésistes				
dont manipulateurs radio				
Nb de départs médecins titulaires pour démission, mob., détachement (trimestre)			ND	ND
Taux d'évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, arrêts < 6 jours (%)				

## Gestion des risques techniques

Billet direction du Patrimoine et de la Logistique

Dossier annexe

## Qualité de la prise en charge (indicateurs semestriels)

Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous en IRM pour les patients hospitalisés (j)		ND		ND
Mortalité sur groupes homogènes de malades cibles (à préciser)		ND		ND
Taux de réadmission à 30 jours par les urgences (%)		ND		ND
Taux de suivi nominatif des médicaments et dispositifs médicaux implantables T2A (%)		ND		ND

# Cadran Projets

## Amélioration de l'organisation

Situation / Cible	Réalisé Déc. 05	Cible Déc. 05	Réalisé Déc. 04
<b>Imagerie</b> Taux d'offre d'imagerie		ND	ND
<b>Cancer</b> Nombre d'unités de concertation pluri-disciplinaire		ND	ND
<b>Réseaux</b> Nombre de conventions signées		ND	ND
<b>Blocs</b> Taux d'interventions déprogrammées du fait du bloc ou du service d'hosp.		ND	ND
<b>Laboratoires</b> Schéma directeur - taux de réalisation		ND	ND

## Projets du plan stratégique

Fermeture de lits SLD : nb de lits en cours de fermeture (plan strat.)		267	267	ND
Effectifs SLD concernés		ND	ND	ND
Ouverture : nb de lits SSR		ND	ND	ND
Effectifs SSR concernés		ND	ND	ND

## Projet social et professionnel

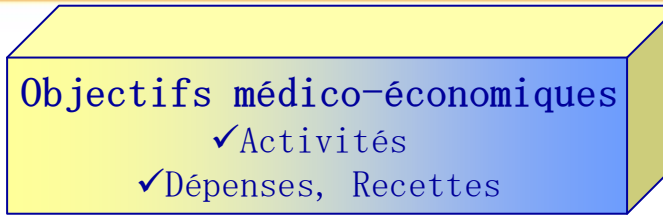
Nombre de VAE engagées pour les aides soignants				NA
Nb de recrutements en contrats aidés ; objectif 2005 : 800 contrats				NA
Tx d'effectif handicapé et en situation d'invalidité (années 2004 & 2003)				

Specimen

# Les 4 cadrans : le choix d'une structure "type" qui facilite l'alignement de tous les niveaux de la structure par rapport à la stratégie d'ensemble.

### Cadran Activité

Situation	Cible	Réalisé Juin 05	Cible Juin 05	Réalisé Juin 04
<b>Urgences</b>				
Evolution du nombre de passages aux urgences				
Jours du mois où le nombre de passages aux urgences > seuil critique				
Séjours d'hospitalisation complète en provenance des urgences				
<b>Structures d'hospitalisation complète</b>				
IP MCO > 2 nuits				
Services aval des urgences ayant accueilli des urgences (%)				
Part des séjours réalisés en "interpdes"				
Nombre de séjours dans les structures d'hospitalisation > 24 h				
Taux de séjour 0 nuit (%)				
Taux de séjour 1 nuit (%)				
Nb de séjour 2 nuits et +				
Evolution nb de séjours 2 nuits et + (%)				
PMCT des séjours supérieurs à 2 nuits (Euro)				
Score de complexité sociale moyen (indice)				
Evolution du nombre de séjours chirurgicaux (%)				
<b>Structures d'hospitalisation partielle</b>				
Evolution du nombre de séjours ambulatoires (hors séances) (%)				
Evolution nb de séjours ambulatoires en chirurgie (%)				
<b>SSR</b>				
Nombre de séjours				
Taux de séjours pris en charge en aval d'un hôpital AP-HP (%)				
<b>HAD</b>				
Nombre de séjours				
<b>Evolutions des capacités de prise en charge</b>				
Evolution du nombre de lits ouverts				
MCO				
SSR				
SLD				
TOC MCO (%)				
TOC SSR (%)				
TOC SLD (%)				



### Cadran Efficience

Situation	Cible	Réalisé Juin 05	Cible Juin 05	Réalisé Juin 04
<b>Taux d'hépiants respectant leur contrat Activité (%)</b>				
<b>Taux d'hépiants respectant leur contrat Plan équilibre (%)</b>				
<b>Evolution du montant des recettes (€)</b>				
<b>Codage</b>				
Taux d'exhaustivité du PMSI à 1 mois (%)				
Taux de CMA / RUM				
Taux de CMAS / RUM				
Recettes de consultations externes				
Montant unitaire				
<b>Montant des dépenses (Millions d'euro)</b>				
Montant dépenses Groupe 1 (Millions d'euro)				
Dont PM (Millions d'euro)				
Dont PHM (Millions d'euro)				
<b>Montant dépenses médicales Groupe 2 (Millions d'euro)</b>				
Dont Médicaments hors TZA hors retractions (Millions d'euro)				
Dont médicaments TZA (Millions d'euro)				
<b>Montant dépenses hôteliers et générales Groupe 3 (Millions d'euro)</b>				
Recettes de consultations externes				
Montant unitaire				

### Cadran Attractivité / Qualité / Risques

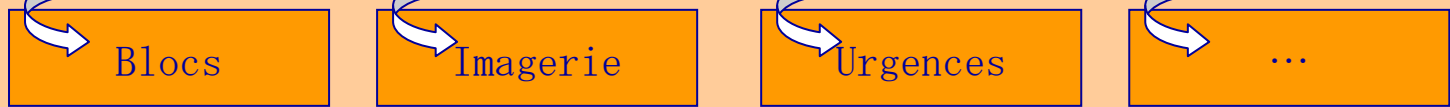
Situation	Cible	Réalisé Juin 05	Cible Juin 05	Réalisé Juin 04
<b>Personnel</b>				
Effectif total (personnes)				
Ratio ETP / personnes				
Dont IDE				
Dont AS				
Dont IBODE				
Dont IADE				
Dont Manipulateurs radio				
Effectif total directement au lit du patient				
Nb de départs PM Indivars pour démission, mobilité, détachement (au trimestre)				
Nb de postes vacants IDE (%)				
Nb de postes vacants AS (%)				
Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire (%)				
<b>Gestion des risques techniques</b>				
Billet DPL				
<b>Qualité pour le patient</b>				
Délai moyen d'obtention d'un RV pour une IRM des patients hospitalisés (jour)				
Mortalité - morbidité (Taux de décès faisant l'objet d'une analyse formalisée de mortalité)				
Taux de réadmission à 30 jours par les urgences (%)				
Taux de suivi nominatif des médicaments T2A (régénération juste prescription) (%)				

Objectifs de qualité  
 ✓ Pour le patient  
 ✓ Pour le personnel

### Cadran Projets

Situation	Cible	Réalisé Juin 05	Cible Juin 05	Réalisé Juin 04
<b>et de dépenses et des recettes</b>				
<b>Amélioration de l'organisation</b>				
<b>Imagerie</b>				
Taux d'offre d'imagerie				
<b>Cancer</b>				
Nombre d'unités de concertation pluridisciplinaire				
<b>Réseaux</b>				
Nombre de conventions signées ???				
<b>Blocs</b>				
Taux d'interventions déprogrammées du fait du bloc ou du service d'hospitalisation				
<b>Laboratoire B de routine / B d'urgence ??? (évolution en %)</b>				
<b>Autres ?</b>				
<b>Projets de plan stratégique</b>				
Nb de lits SLD fermés				
Efficacité SLD impactés				
Nb de lits SSR ouverts				
Efficacité SSR impactés				
<b>Projet social et professionnel</b>				
Nombre de VAE engagées				
Nb de recrutements en contrats aidés				
Taux d'effectif handicapé et en situation d'aptitude (%) (au trimestre)				

Sur quel(s) aspect(s) de l'organisation travailler pour répondre aux objectifs médico-économiques et de qualité?





# Les règles de fonctionnement

# L'organisation de la subsidiarité à tous les niveaux du plan stratégique au contrat de pôle

## ■ 3 natures de suivi identifiés à chaque niveau (ici AP-HP) :

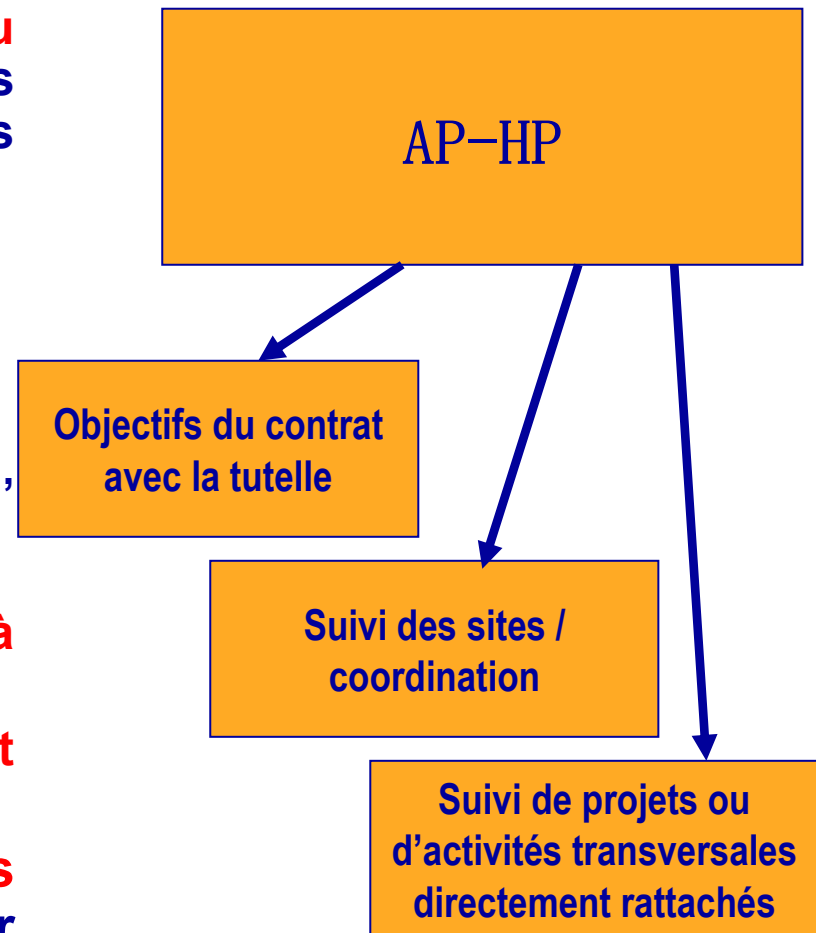
- Les **objectifs vis à vis de la tutelle ou de niveau hiérarchique supérieur** fixés contractuellement et les actions engagées pour les atteindre

- Axes stratégiques et lignes directrices
- Projets médicaux
- Projet social et professionnel
- Projets immobiliers ou informatiques
- Budgets (dépenses d'exploitation, recettes, dépenses d'investissement )
- Accréditation, EPP

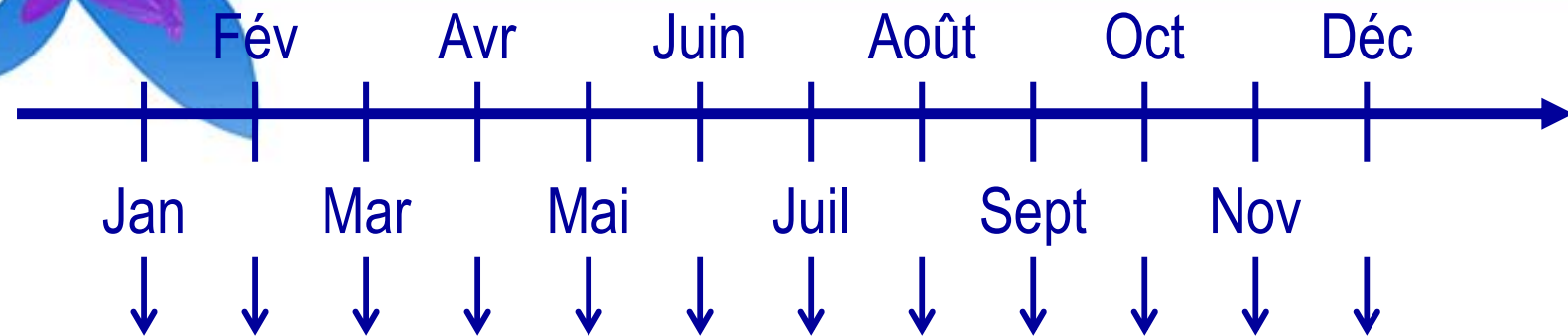
- Les **sites ou pôles ou services à coordonner** (alertes)

- Les **projets ou activités directement rattachés au siège**

## ■ L'identification d'indicateurs socles entre les niveaux de structure pour traduire la **cohérence du dialogue de gestion.**



## Le cycle de gestion



Un TDB à examiner chaque mois en réunion du conseil exécutif

Des temps clés pour faire le point sur la situation des hôp.

Conf. ASP

Conf. budg.

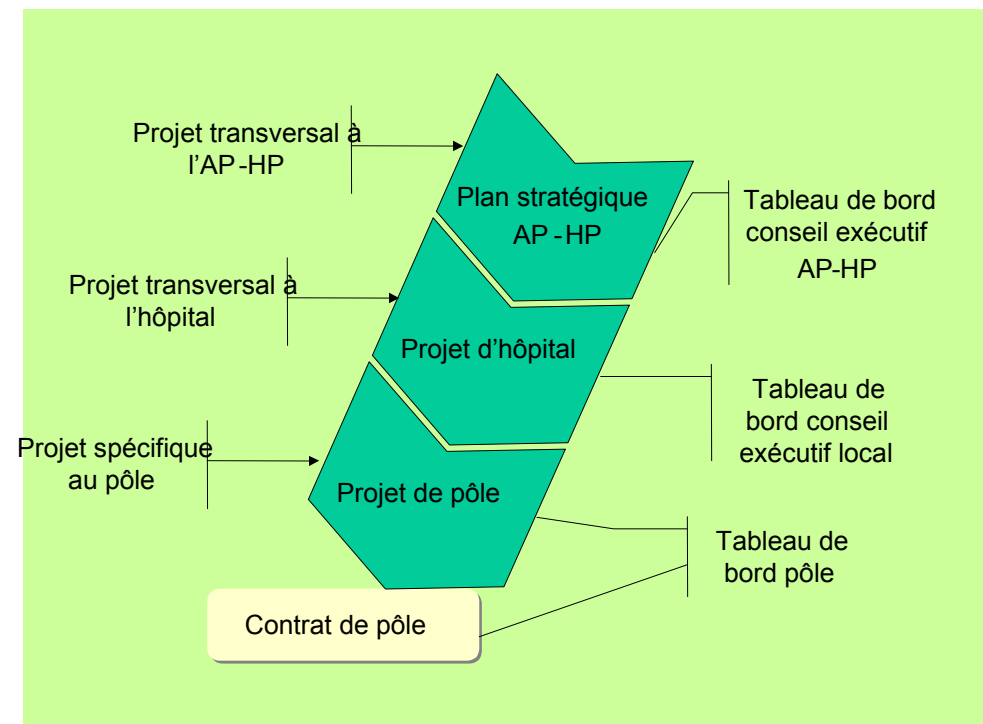
Deux point d'étape semestriels approfondis disponibles rapidement

Les résultats « définitifs » de l'année disponibles en décalé

## Une démarche d'évaluation et d'intéressement fondée sur les indicateurs des tableaux de bord

### ■ Au niveau des pôles, les critères communs d'évaluation des contrats de pôle sont normés dans la délibération du C.A.

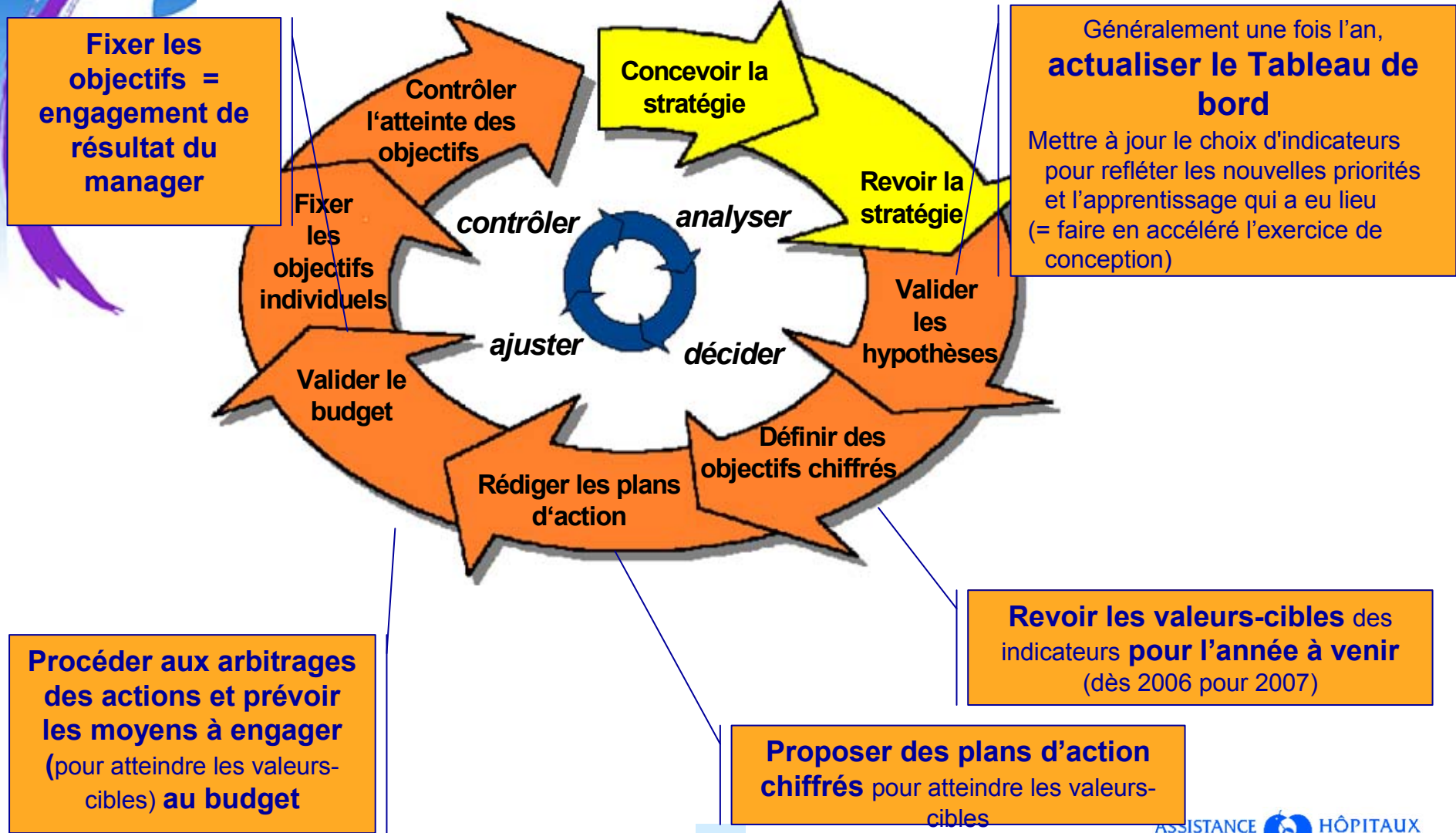
- Indicateurs définis par le conseil exécutif de l'AP-HP communs à tous les pôles
- Indicateurs aux pôles de l'hôpital définis par le CEL
- Indicateurs définis dans le contrat de pôle en cohérence avec le projet de pôle



### Les critères :

1. **Activité/respect des objectifs du contrat**
2. **Le respect du devoir hospitalier**

# La procédure cible de gestion du tableau de bord : work in progress...





# La démarche progressive de mise en oeuvre

## Pour insister un peu... tout est nouveau dans le contexte !

- Arrivée de la T2A et **changement radical du paradigme de gestion** (gérer les recettes après avoir géré les dépenses)
- Mise en place de la nouvelle gouvernance / nouvelle organisation
  - Aujourd'hui 30 pôles, à la fin de l'année 150
  - Des équipes exécutives de pôles qui se mettent en place
  - Des directions fonctionnelles d'hôpital dont le rôle se redéfinit
- Un système d'information en réforme
- Un plan stratégique approprié par les équipes hôpital et pôles proposant un cadre cohérent pour la définition des projets d'établissements ou de pôle.
- ... Une démarche progressive de mise en œuvre s'impose : 5 hôpitaux, 20 pôles et le tableau de bord du conseil exécutif de l'AP-HP



## Les constats issus de l'expérience

- **L'exemple vient du haut :**
  - Implication de la direction générale
  - Mise en place du tableau de bord du conseil exécutif de l'AP-HP en premier
- **Pour construire le tableau de bord, il faut anticiper :**
  - Un temps d'appropriation pour penser le tableau de bord au-delà du contrôle de gestion financier
  - Une mise en réseau de toutes les directions fonctionnelles pour la conception, le suivi et la mise à jour du tableau de bord
  - La mise en place d'outils de gestion tableaux de bord et de dictionnaires communs d'indicateurs
  - La traduction des axes majeurs du dialogue de gestion par des indicateurs "clefs" ou "socles"
  - Les premiers apports des approches de "benchmarks" au sein de l'établissement



## L'intérêt d'un "BSC-like"

- **Aligner l'ensemble des organisations autour d'une même stratégie :**
  - Pourquoi fait-on les choses ? A quel objectif commun se rattachent nos actions ?
  - Quel objectif dois-je atteindre ?
- **Focaliser l'attention**
  - au delà du quotidien (médico-économique, Activité / Efficience)
  - sur le maintien des exigences de qualité requises pour l'avenir de la structure
  - sur le lien entre les objectifs précédents et les projets identifiés pour l'évolution / le progrès de leur organisation : "la gestion de projet".
- **Reste à faire :**
  - La modélisation de la carte stratégique aux niveaux des hôpitaux et des pôles pour outiller la communication et la mobilisation
  - La réflexion d'organisation pour la gestion pérenne du tableau de bord et plus encore des plans et projets d'établissements

# Un tableau de bord pose de plus des problèmes d'apprentissage et de conduite du changement

