

# Piloter la chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement Par les indicateurs

METTRE  
EN ŒUVRE  
ET PARTAGER



---

**Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :**

**ANTICIPER ET COMPRENDRE** une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

**DIAGNOSTIQUER** et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

**METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER** leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.

---



**+ d'infos ?**

***contact@anap.fr***

## Résumé

114, c'est le nombre d'indicateurs différents utilisés pour le pilotage de la chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement dans les dix établissements de santé du groupe de travail, à l'origine de ce guide. Ce chiffre élevé témoigne de la préoccupation grandissante des établissements pour la conformité des factures émises, et au-delà, pour la dimension financière. Pour autant, certains domaines considérés comme fondamentaux (ressources humaines et matérielles) sont peu suivis. Alors, quels indicateurs choisir ? Pour quels usages et comment les prioriser ?

Cette sélection d'indicateurs doit s'opérer en repartant des besoins à chaque niveau de pilotage et en accordant une attention particulière aux liens de cause à effet entre les indicateurs, pour une meilleure maîtrise des résultats. Ces postulats ont conduit l'ANAP et le groupe de travail à retenir vingt-trois indicateurs, formant un véritable ensemble coordonné et à réaliser des fiches-pratiques, décomposant les calculs, avec plan d'action à l'appui pour se rapprocher de la cible fixée. Les établissements se sont également interrogés sur les bonnes pratiques en termes de mobilisation et de communication auprès des équipes AFR et des contributeurs, tant internes qu'externes.

Pour apporter une aide concrète au cheminement des directeurs des finances et des responsables de secteur AFR dans la construction d'une démarche de pilotage, le guide et les fiches indicateurs sont complétées par deux cas pratiques de mise en œuvre.

3

## Abstract

A total of 114 different indicators are used to manage the Reception-Invoicing-Recovery chain in the ten healthcare establishments in the working group behind this guide. This high number reflects the establishments' growing focus on invoice compliance and financial matters in general.

Yet some areas regarded as fundamentally important (such as human and material resources) are poorly monitored. So, what indicators should be chosen? What should they be used for and how should they be prioritised?

Indicators should be selected according to needs at each management level, and special attention should be paid to the causal links between the indicators to better control the results. Based on these premises, the ANAP and the working group have selected a coordinated set of twenty-three indicators and produced fact sheets showing a breakdown of the calculations, along with an action plan to get as close as possible to the target set. The establishments have also discussed best practices in terms of mobilising and communicating with AFR teams and with internal and external donors.

In addition to the guide and indicator sheets, two practical implementation cases have been described to provide meaningful support to finance directors and AFR sector managers in developing a management process.





# Sommaire

## Introduction

	<b>p. 6</b>
1. Contexte et enjeux	p. 6
2. Finalités du document et publics concernés	p. 7
3. Contenu	p. 7

## 1. Comment construire une démarche de pilotage?

1. Choisir ses indicateurs en fonction de ses besoins	p. 10
2. Créer des références communes et orienter les indicateurs vers l'action	p. 13
3. Maîtriser les liens de causalité entre les indicateurs par un schéma d'analyse	p. 16

## 2. Mise en œuvre

1. Usages du schéma d'analyse : du diagnostic à la construction du plan d'action	p. 20
2. Modalités pratiques de pilotage de la chaîne AFR	p. 23

## Annexes

Annexe 1 : Analyse comparative des indicateurs retenus avec les tableaux de bord des établissements	p. 28
Annexe 2 : Critères recommandés par la HAS pour définir un indicateur de santé	p. 28

## Glossaire

## Remerciements

# Introduction

## 1. Contexte et enjeux

Obtenir un niveau de recettes à la hauteur de l'activité réalisée reste au cœur des préoccupations des établissements de santé. La sécurisation des recettes est étroitement liée à la capacité des services Accueil-Facturation-Recouvrement (AFR) à produire des factures de qualité et à recouvrer les montants auprès des différents débiteurs, dans un délai optimal. Cette nécessaire vigilance s'est encore accrue avec la mise en œuvre de Fides, puisque dorénavant, chaque venue en externe fait l'objet d'une facture individuelle auprès de l'Assurance maladie obligatoire, avec un risque de rejet en cas de non-conformité.

Les travaux réalisés dans le cadre de la certification des comptes<sup>1</sup> vont également dans ce sens, en soulignant le rôle décisif du secteur AFR. Plus précisément, il est rappelé que «l'accueil médico-administratif du patient et le recueil de l'activité [sont] des étapes déterminantes pour la qualité de la facturation et celle des comptes» des établissements.

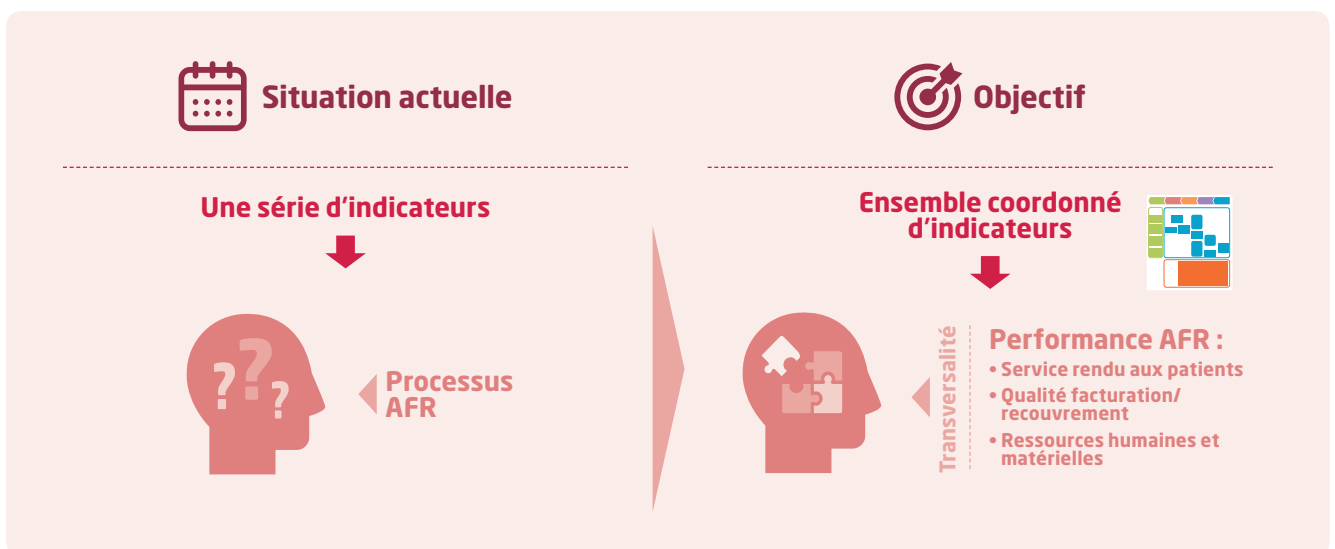
À ces impératifs financiers viennent s'ajouter les impacts majeurs liés la digitalisation. En effet, le développement de services en ligne, des bornes interactives ou de modalités de paiement

viennent fortement modifier les démarches administratives du patient, en les simplifiant, en même temps qu'ils transforment les métiers de la chaîne AFR. Le programme national SIMPHONIE<sup>2</sup> contribue à ces changements et les accompagne, notamment avec la solution de paiement dématérialisé Diapason (Débit intervenant après le parcours de soins). Sous réserve de l'accord du patient, ses coordonnées bancaires sont prises pendant sa présence à l'hôpital. Celui-ci sera prélevé directement par l'établissement, *a posteriori*, une fois son reste à charge connu.

**La capacité à piloter la performance de la chaîne AFR et les changements à accomplir sur les prochaines années revêt plus que jamais une dimension essentielle. Cela implique de décider d'une stratégie et de suivre l'avancement de celle-ci au travers d'indicateurs.**

Or, les établissements sont encore bien souvent confrontés à une faible disponibilité des indicateurs dans leur système d'information. En vue d'outiller les établissements, la DGOS a produit un cahier des charges contenant une batterie d'indicateurs, à destination des éditeurs des logiciels de Gestion administrative du patient (GAP)<sup>3</sup>. Ce cahier vise ainsi à automatiser et homogénéiser

Figure 1 : Vision revisitée du pilotage par les indicateurs



1 - <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/fiabilisation-et-certification-des-comptes/article/cartographie-des-recettes-presentation-generale>

2 - <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/symphonie>  
3 - [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_simphonie\\_\\_module\\_pilotage\\_facturation\\_cahier\\_des\\_charges\\_editeurs-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_simphonie__module_pilotage_facturation_cahier_des_charges_editeurs-2.pdf)

## Introduction

les calculs des indicateurs, permettant de suivre le parcours de la facture entre les étapes de la chaîne AFR.

Par ailleurs, certains indicateurs ne relèvent pas de la GAP. Ils concernent la qualité du service rendu au patient, les moyens mobilisés, tant humains que matériels. Bien que considérés comme très utiles, peu de réflexions sont engagées par les établissements sur ces sujets.

Quand les indicateurs existent, ils sont souvent relayés à un simple suivi et trop peu de temps est consacré à l'analyse des résultats. De plus, le manque de partage d'information peut conduire à des visions divergentes entre la Direction et les équipes.

Il apparaît ainsi nécessaire d'amener les établissements à se positionner dans une logique de sélection des indicateurs en fonction des besoins de pilotage, tout en veillant à l'articulation entre les niveaux stratégique et opérationnel, notamment par l'animation de dialogue de gestion. C'est tout l'enjeu des travaux menés par l'ANAP.

Outre les indicateurs liés à la couverture des étapes du processus AFR et à son optimisation, il s'agit d'adopter une vision plus large, qui prendra notamment en compte les impacts des indicateurs entre eux, pour constituer un ensemble coordonné d'indicateurs.

Le changement de perspective que souhaite apporter l'ANAP peut être résumé par la figure 1.

## 2. Finalités du document et publics concernés

Face aux multiples enjeux, le présent guide vise à apporter une aide à la construction d'une démarche de pilotage, en favorisant l'appropriation des indicateurs par les équipes. Il a été élaboré en lien étroit avec les acteurs de la chaîne AFR. L'ambition était de prendre en compte la variété des établissements et des métiers. Ce sont ainsi dix établissements de santé de type CHU, CH, PNL, CLCC qui ont contribué à cette publication.

Ce document s'adresse aux établissements de santé ayant une activité MCO, qu'ils disposent déjà de tableaux de bord ou qu'ils souhaitent en mettre en place. Plus précisément, il est destiné aux directeurs des finances, aux responsables de la chaîne AFR, aux contrôleurs de gestion des recettes. Parce qu'ils sont des

acteurs incontournables du processus AFR, les médecins DIM sont également concernés par cette publication. En effet, la production de l'activité médicale est placée sous la responsabilité du DIM.

Ce document est à partager avec l'ensemble de leurs équipes.

## 3. Contenu

La présente publication comprend :

- ▶ **Ce guide;**
- ▶ **Vingt-trois fiches-pratiques indicateurs;**
- ▶ **Deux études de cas;**
- ▶ **Trois trames à compléter.**

Le guide s'articule en deux parties.

La première « **Comment construire une démarche de pilotage?** » apporte une méthodologie pour recenser des principaux besoins de pilotage propres à la chaîne AFR et les décliner en une sélection d'indicateurs. Il s'agira ensuite d'établir les cibles permettant de se positionner, de suivre et d'analyser les écarts à la cible. Dans cette logique, le résultat d'un indicateur ne peut être analysé isolément, il doit être corrélé aux autres indicateurs.

La seconde partie « **Mise en œuvre** » s'intéresse aux usages des indicateurs. D'une part, les établissements sont invités à utiliser concrètement la démarche précédemment expliquée pour réaliser un diagnostic et établir un plan d'actions, en fonction des priorités. D'autre part, différentes modalités sont proposées pour impliquer les équipes AFR et les autres acteurs concernés dans cette dynamique, avec des illustrations provenant d'expériences réussies, au sein d'établissements du groupe de travail.

Des documents complémentaires sont par ailleurs associés au présent guide.

- ▶ **Vingt-trois fiches-pratiques indicateurs**, en lien avec les besoins de pilotage retenus dans le guide. Les fiches peuvent aussi être consultées indépendamment. Chaque fiche est accompagnée d'un plan d'actions;
- ▶ **Deux études de cas** sont disponibles pour illustrer la réalisation d'un diagnostic et la construction d'un plan d'action, selon un contexte donné, en empruntant la méthode présentée dans « Mise en œuvre » du guide. L'une correspond à la situation des Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'autre à celle d'un établissement de type CH (cas fictif);
- ▶ **Trois trames** à compléter afin de faciliter l'application.

## Introduction

### 23 FICHES-PRATIQUES INDICATEURS

- **N° 1** : Taux de préadmission;
- **N° 2** : Taux d'ouverture des droits;
- **N° 3** : Taux de plis non distribués (PND);
- **N° 4** : Taux de validation des identités;
- **N° 5** : Taux de dossiers complets à trois étapes du parcours patient;
- **N° 6** : Taux de venues en attente de prise en charge par l'AM;
- **N° 7** : Fiabilité des mouvements;
- **N° 8** : Délai de saisie des actes;
- **N° 9** : Taux de correction des valorisations PMSI;
- **N° 10** : Taux de reste à facturer;
- **N° 11** : Délai de facturation;
- **N° 12** : Taux de rejet des factures transmises par flux B2/FIDES;
- **N° 13** : Efficacité des relances (PNL);
- **N° 14** : Taux des irrécouvrables;
- **N° 15** : Taux de recouvrement;
- **N° 16** : Délai de recouvrement;
- **N° 17** : Taux de paiement en régie/caisse;
- **N° 18** : Temps d'attente et d'entretien à l'accueil/admission;
- **N° 19** : Typologie des situations administratives;
- **N° 20** : Taux d'adéquation des compétences;
- **N° 21** : Taux d'occupation des équipes AFR;
- **N° 22** : Mesure du flux des patients;
- **N° 23** : Taux de disponibilité des outils.

### 2 ÉTUDES DE CAS

- **N° 1** : Les Hospices Civils de Lyon;
- **N° 2** : Le Centre Hospitalier mystère.

### 3 TRAMES

- **Trame 1** : Fiche-pratique indicateur;
- **Trame 2** : Tableau pour recenser les indicateurs de son établissement par thème;
- **Trame 3** : Schéma d'analyse pour qualifier la situation de son établissement par thème.



Documents disponibles  
sur le site de l'ANAP :

**[anap.fr](http://anap.fr)**



# 1

Comment construire  
une démarche  
de pilotage ?

## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

10

Toute stratégie de pilotage implique de clarifier les besoins dans un premier temps, puis d'identifier les indicateurs adaptés en conséquence. La formalisation de la définition des indicateurs et de la cible visée constitue un socle pour construire des références communes avec les équipes et mesurer factuellement le chemin à parcourir.

Pour une analyse approfondie et un choix éclairé des actions à entreprendre, il est nécessaire d'avoir une vision étendue du processus et de maîtriser les interactions entre les indicateurs.

## 1. Choisir ses indicateurs en fonction de ses besoins

### 1.1 Cinq catégories de besoins de pilotage

Les besoins identifiés par les établissements sont multiples. Afin de construire un tableau de bord de pilotage équilibré, les besoins recensés ont été répartis en cinq catégories (adaptées du Balanced Scorecard<sup>4</sup>).

**N°1. Mesure de la satisfaction patient** : capacité de l'établissement à mesurer le degré de satisfaction de ses patients lors de la prise en charge administrative.

**N°2. Qualité des informations fournies par les contributeurs de la chaîne AFR** : aptitude des contributeurs à fournir des données clés administratives ou médicales, de façon complète, juste et dans les délais impartis (sans correction *a posteriori*) pour la facturation. Le terme de contributeur désigne : médecins, professionnels de soins services de soins et des plateaux médico-techniques, assistants sociaux, assistants médico-administratifs, etc.

**N°3. Conformité des résultats** : capacité de la chaîne AFR à produire des résultats conformes à ce qui est attendu par la réglementation ou par les procédures internes de l'établissement.

**N°4. Efficience de la chaîne AFR** : aptitude de l'établissement à fournir le meilleur rendement en termes d'accueil, de facturation et de recouvrement.

**N°5. Capacité d'adaptation à l'environnement** : aptitude des équipes AFR à s'adapter à la patientèle (en typologie et en volume), à la réglementation, aux évolutions de fonctionnement et d'organisation, aux outils et à disposer des bonnes compétences.

Enfin, quatre principes ont été suivis pour identifier ces indicateurs :

- ▶ Rester en cohérence avec ce qui existe dans les établissements de santé;
- ▶ Obtenir un consensus du groupe de travail sur la définition de l'indicateur;
- ▶ Comblent les manquements lorsque certaines problématiques de la chaîne AFR ne sont pas suffisamment prises en compte;
- ▶ S'inscrire dans la continuité du cahier des charges de la DGOS.

4 - Balanced Scorecard - Le tableau de bord prospectif, Robert S. Kaplan, David P. Norton, Éditions d'Organisation, 2003.

## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

Afin d'être concret et d'apporter une aide opérationnelle, la formulation des besoins de pilotage a été faite sous forme de question. Pour répondre à ces questions, vingt-trois indicateurs ont ainsi été retenus et décrits au travers de fiches-pratiques. La structuration résultante est en arborescence.

Figure 2 : Arbre des besoins de pilotage



## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

**Les indicateurs relatifs à la capacité d'adaptation à l'environnement**, très peu suivis jusqu'à présent<sup>5</sup>, sont largement plébiscités par les établissements. Ils incluent des thèmes majeurs :

- ▶ **La typologie des situations administratives des patients** permet de rendre compte de la complexité de la prise en charge administrative de la patientèle et donc du risque potentiel de non recouvrement des factures. C'est un élément de contexte clé à prendre en compte pour définir l'organisation du travail des équipes.
- ▶ **L'adéquation des compétences détenues aux niveaux requis**, appliquée à la chaîne AFR est un sujet peu développé, pour lequel l'ANAP a élaboré un référentiel des activités et des compétences<sup>6</sup> et un outil d'évaluation, très prochainement disponible. Disposer du personnel compétent, au bon endroit, est unanimement plébiscité par les établissements.
- ▶ **La disponibilité des outils de la chaîne AFR de l'établissement** : GAP, interfaces diverses, logiciels métiers fournissant l'activité réalisée, outil de consultation des droits... contribuent au bon fonctionnement. Les lenteurs, les arrêts mais aussi les modes dégradés et les temps de reprise ont des conséquences importantes sur la charge de travail. Cet indicateur de disponibilité des outils, bien que complexe à mettre

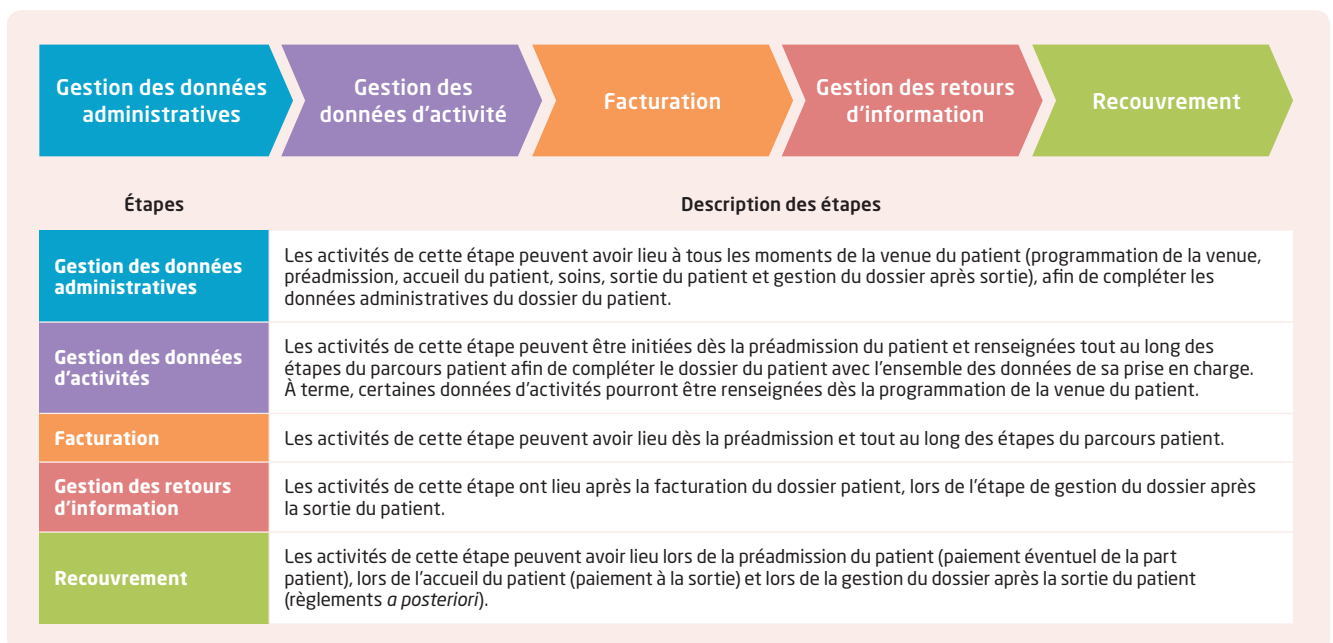
en œuvre, est considéré comme majeur pour la performance générale de la chaîne AFR.

- ▶ **La mesure du flux des patients** est révélatrice de l'adéquation entre le flux des patients et la capacité d'accueil en guichets ouverts au bureau des admissions. La juste gestion de cette capacité est importante, à la fois pour limiter le temps d'attente, mais aussi pour permettre une bonne qualité de recueil des données administratives des patients. En effet, au-delà d'un seuil, la qualité des données administratives baisse, lorsque le flux devient trop important.

### 1.2 Couverture des étapes du processus AFR

Les indicateurs choisis doivent également permettre d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement du processus. Dans cet objectif, il est apparu judicieux de classer les indicateurs par étape de la chaîne AFR, cette représentation faisant d'autant plus sens auprès des équipes. Le schéma utilisé est celui utilisé dans d'autres publications de l'ANAP, comme le référentiel des activités et des compétences de la chaîne AFR, précédemment cité. Cinq étapes composent la chaîne, elles sont présentées ci-dessous.

**Figure 3** : Étapes du processus, extrait du référentiel des activités et des compétences de la chaîne Accueil-Facturation-Recouvrement de l'ANAP



5 - Se référer à l'Annexe 1 : Analyse comparative des 23 indicateurs retenus avec le contenu des tableaux de bord des établissements.

6 - <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/referentiel-des-activites-et-des-competences-chaîne-accueil-facturation-recouvrement/>



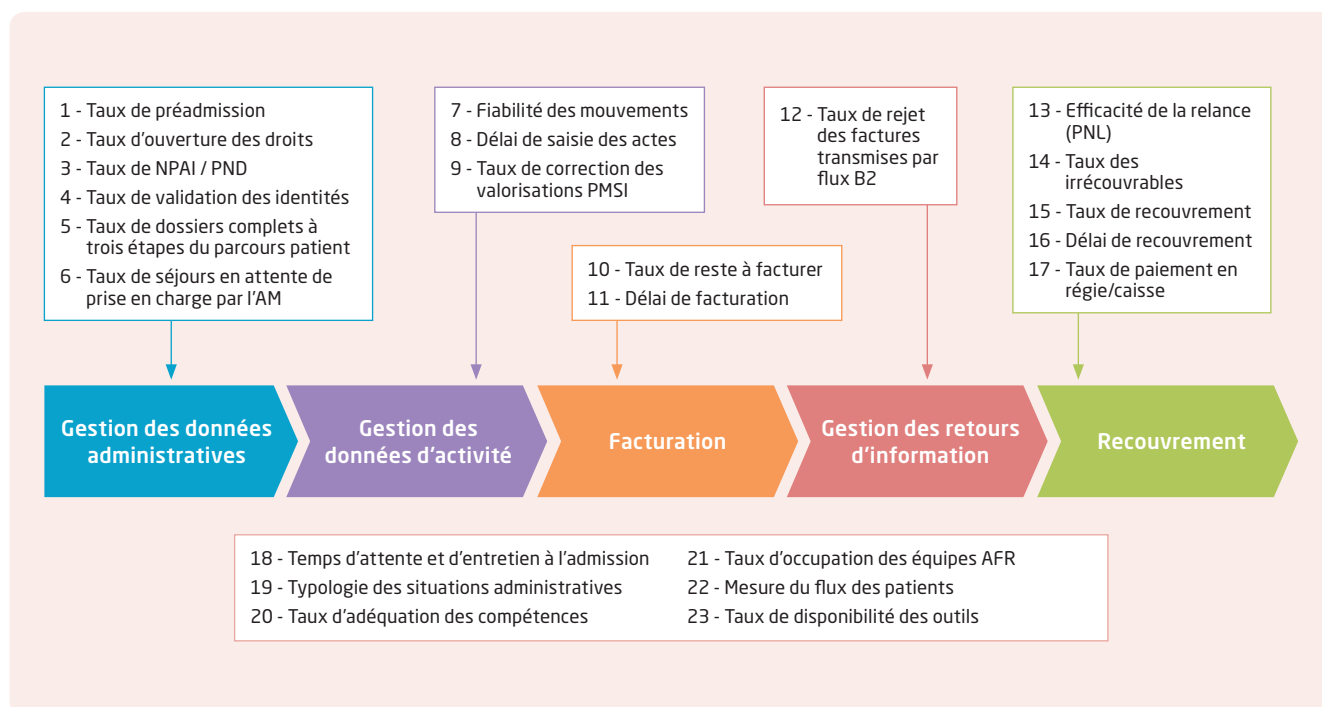
## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

Certains indicateurs dits « transversaux » concernent le processus dans son ensemble : temps d'attente et d'entretien à l'admission, typologie des situations administratives, mesure du flux patient, taux d'occupation des équipes AFR, taux d'adéquation des compétences aux besoins, taux de disponibilité des outils.

Au final, les vingt-trois indicateurs se répartissent de la façon suivante sur le processus de la chaîne AFR :

Figure 4 : Répartition des 23 indicateurs identifiés par étape du processus de la chaîne AFR



## 2. Créer des références communes et orienter les indicateurs vers l'action

Comme expliqué précédemment, **la volonté de ce guide est d'induire le mouvement**, d'inscrire les indicateurs dans une dynamique d'amélioration continue. Pour faciliter la diffusion au sein des équipes et leur compréhension, le choix d'un format standardisé s'est imposé. **Chacun des vingt-trois indicateurs fait donc l'objet d'une fiche-pratique « prête à l'emploi » et contient des mesures concrètes qui visent à se rapprocher de la cible.** La sélection des rubriques de la fiche s'est appuyée notamment sur des travaux précédemment menés par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>7</sup>. Un exemple est donné ci-après, il s'agit de la fiche n°1, relative au taux de préadmission.



La fiche-pratique indicateur n°1 : taux de préadmission, est disponible au téléchargement sur le site de l'ANAP :

[anap.fr](http://anap.fr)

7 - Se référer à l'Annexe 2 : Critères recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour définir un indicateur de santé.

## Chapitre 1

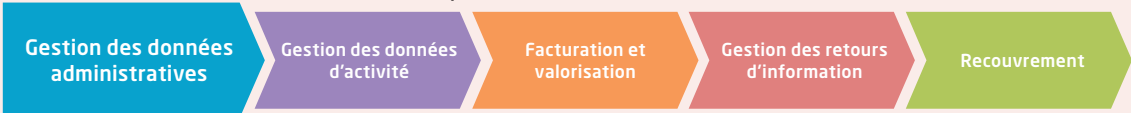
### Comment construire une démarche de pilotage ?

#### 2.1 Présentation d'une fiche-pratique indicateur - Recto


FICHE N°1

**TAUX DE PRÉADMISSION**  
 préadmission

Étapes de la chaîne AFR:





<b>Définition</b>	Pourcentage des venues programmées avec un dossier administratif créé en amont.
<b>Finalités</b>	Simplification du parcours patient le jour de sa venue; fiabilisation des données administratives en ayant un dossier facturable dès l'admission; réduction du délai de facturation; amélioration du taux de recouvrement.
<b>Question-clé</b>	Le niveau d'anticipation des venues est-il suffisant pour simplifier les parcours patient et fiabiliser la facturation?


 **Calcul**

$$\frac{\text{Nombre de venues}^1 \text{ prévisionnelles créées ayant un dossier administratif complet ou incomplet}}{\text{Nombre de venues totales}} \times 100$$



---

 **Niveau de détail** : Par type d'activité (HC, HD), ACE...), par UF.


 **Périmètre** : Activité programmée uniquement (hors passages et hospitalisations par les urgences).


 **Fréquence de calcul** : Mensuelle.

---


 **Interprétations et causes** : Un taux de préadmission peu élevé peut avoir comme origine :


- Une maîtrise incomplète du parcours patient en amont de la venue;
- Une programmabilité faible de l'activité : le service n'est peut-être pas en capacité de l'effectuer lui-même;
- Les horaires d'ouverture sont insuffisants / le temps d'attente est trop long;
- Une complétude/exactitude des données administratives faible et/ou un délai de saisie trop long.

 **Unité** : % en volume de préadmission.


 **Valeurs cibles** : Consultations externes : 60%, HC médecine : 60%; HC chirurgie : > 90%; HDJ/UCA : ≈ 100% (hors urgence prise en charge dans les UCA). Étude à réaliser sur la possibilité de programmer l'activité en tenant compte de la typologie des patients.

---

 **Sources** : Logiciel de GAP, logiciels métiers de prise de rendez-vous / programmation, extranet (service en ligne).

 **Commentaires et précisions** : <sup>1</sup> La venue est créée suite à la prise d'un rendez-vous ou la programmation d'un séjour. Une pré-admission peut être réalisée entre 30 jours et 2 jours avant l'admission (pour limiter le risque de données obsolètes et laisser le temps au personnel du secteur AFR d'instruire le dossier). La digitalisation offre la possibilité au patient de constituer son dossier administratif à distance (site extranet).

---

 **Actions-mères** :

- Améliorer ou créer des procédures administratives pour faciliter et encourager la préadmission;
- Construire des circuits patients permettant une simplification et une fiabilité des dossiers administratifs;
- Mettre en place des actions de communication pour encourager la préadmission.

14

#### Que veut-on calculer et pour quelles raisons ?

- Les trois cases « Définition », « Finalités » et « Question-clé » permettent de préciser la problématique adressée par la fiche-pratique indicateur.

#### Comment calculer l'indicateur et quelle valeur est attendue ?

- Les cases « Calcul » et « Unité » permettent de définir quelles sont les données à mobiliser;
- Les objectifs à atteindre sont définis dans « Valeurs cibles ».

#### Comment mettre en œuvre l'indicateur et comment l'exploiter ?

- Le champ « Sources » concerne l'emplacement des données;
- Les cases « Niveau de détail », « Périmètre », et « Fréquence de calcul » précisent les modalités du calcul;
- La case « Commentaires et précisions » est alimentée par les conseils des établissements.

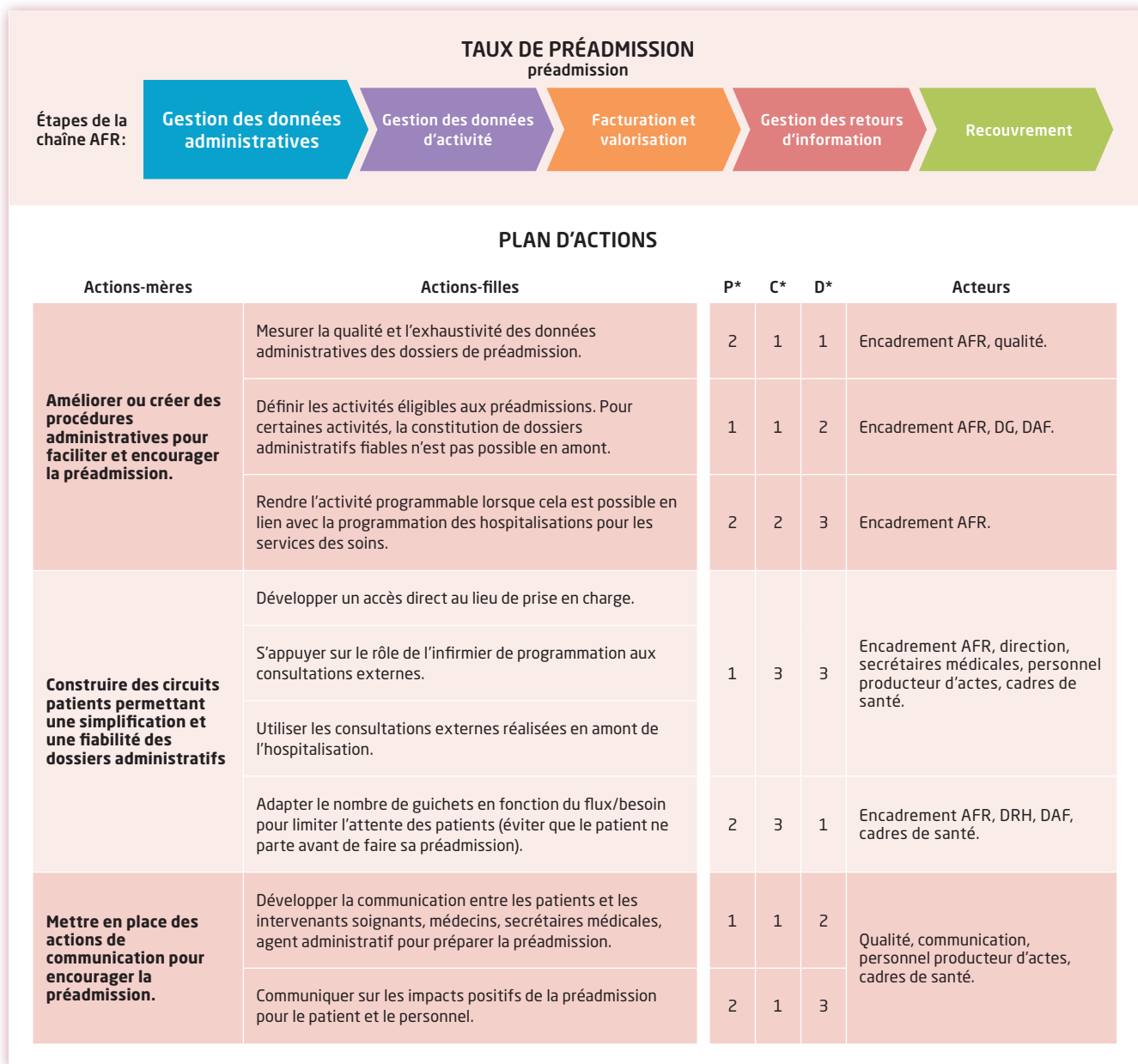
#### Comment analyser les résultats et quelles actions mettre en place ?

- La case « Interprétations et causes » propose des analyses;
- Les « actions-mères » sont les thèmes d'initiatives possibles qui peuvent être implémentés pour améliorer la situation décrite par l'indicateur.

## Chapitre 1

Comment construire une démarche de pilotage ?

### 2.2 Présentation d'une fiche-pratique indicateur - Verso



15

**Les « actions-filles » correspondent aux déclinaisons concrètes des « actions-mères ».**

**Définition de la priorité (P), de la complexité (C) et du délai d'obtention des résultats (D)**

- Priorité: plus le nombre est élevé, moins l'action est considérée comme prioritaire;
- Complexité: plus le nombre est élevé, plus l'action est considérée comme complexe;
- Délai d'obtention des résultats: la valeur 1 signifie un délai de trois mois, la valeur 2 un délai de six mois, et la valeur 3 un délai supérieur à neuf mois).

**Les acteurs concernés sont les personnes à impliquer lors de la mise en place de l'action, qui vont contribuer à son succès**

## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

#### 2.3 Analyse du contenu des fiches-pratiques indicateurs

Le développement des fiches-pratiques indicateurs s'est réalisé en étroite collaboration avec des professionnels de la chaîne AFR. Une attention particulière a été portée aux champs « Sources », « Valeur cibles », « Causes » et « Actions », afin que les informations renseignées soient suffisamment précises et pertinentes, au regard de la situation de tous les établissements :

- ▶ **Sources** : les données sont accessibles la plupart du temps dans la GAP. On peut citer comme autres sources potentielles : les logiciels de prise de rendez-vous, les bornes gestionnaires de flux, les tableaux OVALIDE, les logiciels d'activité médicale, le fichier de retour B2, le logiciel comptable, les outils du comptable public, l'outil de recueil des incidents SI...;
- ▶ **Valeurs cibles** : les valeurs cibles ont été déterminées de façon réaliste. Dans certains cas, elles correspondent à des objectifs déjà fixés dans certains établissements participants (par exemple : un taux cible de préadmission de 60 % pour les consultations externes). Dans d'autres, à des valeurs déjà atteintes (par exemple : un taux cible de recouvrement de 98 % tous débiteurs confondus) ou bien à des valeurs définies au niveau national, en fonction du recul par rapport aux résultats consolidés (par exemple : taux de rejet B2 fixé à 2 %);
- ▶ **Causes** : le remplissage de ce champ a conduit très souvent à s'interroger sur l'impact du résultat d'un indicateur situé plus en amont du processus. Par exemple, un fort taux de rejet B2 a conduit à s'interroger sur la fiabilité du recueil des identités et des droits;
- ▶ **Actions** : les actions en lien avec le système d'information et les compétences sont les plus fréquemment citées, représentant respectivement 17 % et 15 % des actions (en dehors des deux fiches dédiées). La chaîne AFR nécessite de coordonner un grand nombre d'interlocuteurs.

#### 2.4 Appropriation des fiches-pratiques indicateurs par les établissements

Les tableaux de bord transmis par les dix établissements participants ont permis de recenser pas moins de cent-quatorze indicateurs différents. Cette forte diversité s'explique par le fait que les modalités de calcul étant peu normées, chaque établissement produit des indicateurs au regard de ses contraintes, de

ses capacités, ou encore selon une problématique spécifique identifiée.

Les vingt-trois indicateurs retenus apportent une vision d'ensemble des préoccupations des établissements. Certains s'avèrent très proches de ceux utilisés par les établissements. Il appartient à chacun, en fonction de ses possibilités et de ses priorités, de décider s'il est en mesure d'intégrer l'indicateur préconisé par l'ANAP ou s'il conserve celui disponible dans son établissement. **À cet effet, la trame de fiche peut tout à fait être utilisée par un établissement qui souhaiterait « mettre à plat » ses propres indicateurs.**



Si la source de données est manquante pour un établissement, un travail préparatoire sera nécessaire pour réfléchir au moyen de collecte et pour solliciter les personnes qui renseigneront les informations nécessaires.

Ces fiches descriptives visent à favoriser, à terme, l'automatisation des calculs des vingt-trois indicateurs.

### 3. Maîtriser les liens de causalité entre les indicateurs par un schéma d'analyse

Cette nécessité de naviguer entre les indicateurs a conduit au développement de la notion de « schéma d'analyse ». **Un schéma d'analyse correspond à une représentation graphique des liens entre les indicateurs**, grâce à laquelle l'utilisateur peut identifier la source d'un problème, analyser ses conséquences et cibler les actions à mettre en place.

Pour que cette fonctionnalité soit facile d'utilisation et adaptable à tous les contextes, un certain nombre d'objectifs et de caractéristiques sont définis ci-après.

## Chapitre 1

### Comment construire une démarche de pilotage ?

#### 3.1 Objectifs et caractéristiques du schéma d'analyse

Objectifs	Caractéristiques retenues
<p><b>Construire un schéma d'analyse universel pour rendre la démarche accessible</b></p>	<p>Les indicateurs de ce guide et/ou ceux utilisés par les établissements sont regroupés dans 18 « thèmes d'indicateurs ».</p> <p><b>Thème d'indicateur du schéma d'analyse</b></p> <p><b>Indicateur qu'il est possible d'affecter dans le thème</b></p>
<p><b>Simplifier la lecture du processus AFR</b></p>	<p>Les thèmes d'indicateurs sont regroupés en 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les indicateurs de résultat final</b> : indicateurs qui ne peuvent se mesurer qu'à la fin du processus AFR.</li> <li>• <b>Les indicateurs de résultat intermédiaire</b> : indicateurs qui peuvent se mesurer au cours du processus AFR.</li> <li>• <b>Les indicateurs de moyen / de structure</b> : indicateurs qui mesurent la qualité ou la quantité des moyens mis en œuvre pour faire fonctionner le processus AFR. Ce sont des indicateurs plus opérationnels.</li> </ul> <p>Ci-dessous des exemples de thèmes classés par catégorie :</p>
<p><b>Matérialiser les liens entre les thèmes d'indicateurs pour faciliter l'analyse</b></p>	<p>Le schéma d'analyse est jalonné de flèches qui indiquent, pour un thème d'indicateurs donné, les liens qu'il entretient avec les autres, en partant de l'aval (indicateurs de résultat final) pour remonter vers l'amont (indicateur de résultat intermédiaire).</p>

17

#### 3.2 Présentation du schéma d'analyse

Sur le schéma d'analyse (cf. figure 5 page suivante), les trois catégories d'indicateurs sont placées de façon à suivre le processus de facturation inversé, puisqu'il s'agit cette fois de remonter la chaîne. Le résultat final constitue l'aboutissement, la partie la plus visible aux yeux de la Direction.

**Exemple de lecture :** *un fort taux d'irrécouvrables peut être en partie dû à un système inefficace de relance des factures impayées. En poursuivant le raisonnement, une relance*

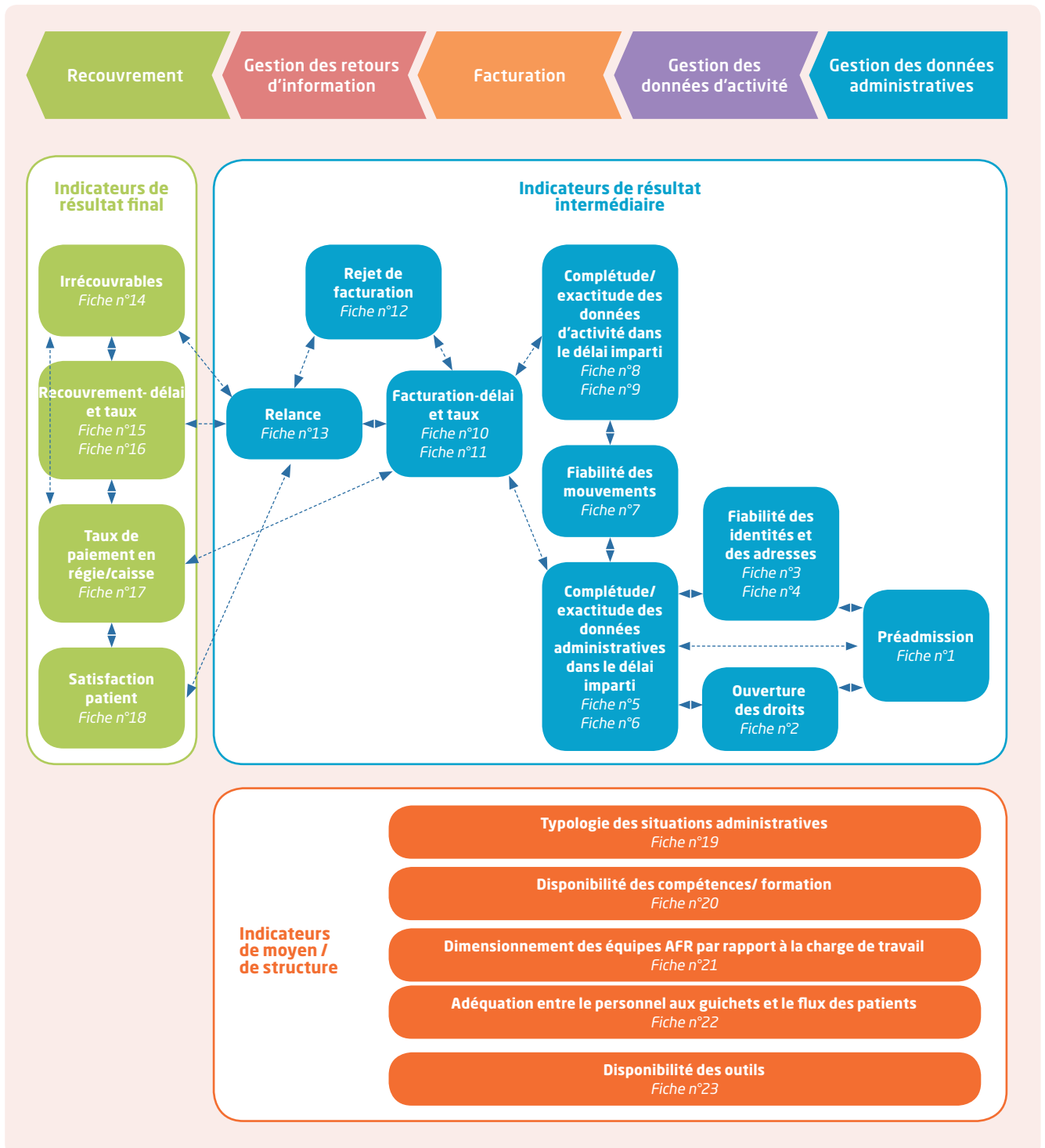
*inefficace peut être imputée à un délai de facturation trop excessif, et ce même délai de facturation peut s'expliquer par une saisie incomplète, inexacte ou tardive des données administratives ou encore des données d'activités. Les données manquantes peuvent être liées à un besoin d'actualisation des connaissances réglementaires du personnel.*

Le schéma d'analyse permet donc d'obtenir une meilleure compréhension des résultats et d'avoir une vision des points bloquants sur lesquels les efforts doivent être concentrés.

## Chapitre 1

Comment construire une démarche de pilotage ?

Figure 5 : Schéma d'analyse



18



2

Mise en œuvre

## Chapitre 2

### Mise en œuvre

Le guide d'usage des indicateurs met à disposition des directions des établissements, des responsables et des équipes AFR une base de travail constituée de fiches-pratiques indicateurs et d'un schéma d'analyse. Ces éléments peuvent être utilisés pour diagnostiquer le niveau de performance et identifier les thèmes de travail prioritaires.

Les indicateurs sont des supports de dialogue et les actions pour leur amélioration ne pourront être mises en œuvre que si elles sont partagées et comprises par l'ensemble des acteurs qui contribuent à leur réalisation. Il est donc crucial de parvenir à fédérer les équipes.

## 1. Usages du schéma d'analyse : du diagnostic à la construction du plan d'action

Tous les indicateurs n'auront pas le même poids dans une stratégie de pilotage. En effet, en fonction du contexte et de la situation de l'établissement, certains indicateurs seront plus importants que d'autres. Le schéma d'analyse constitue un outil facilitant pour prioriser ces derniers.

Pour ce faire, l'établissement est amené à réaliser un état des lieux des indicateurs existants et manquants, à l'aide de ses propres indicateurs et/ou des indicateurs ANAP présentés précédemment.

La démarche se compose de cinq étapes, dont une de contextualisation :

### ÉTAPE 0

Je spécifie le contexte de mon établissement et je liste les actions déjà menées dans le secteur AFR.

### ÉTAPE 1

Je place les indicateurs dont je dispose dans chacun des thèmes du schéma d'analyse.

### ÉTAPE 2

Je qualifie la situation de mon établissement en parcourant le schéma d'analyse en partant des indicateurs de résultat final et en remontant les liens de causalité.

### ÉTAPE 3

Je sélectionne les thèmes de travail prioritaires.

### ÉTAPE 4

Je m'appuie sur les fiches-pratiques indicateurs correspondantes pour construire mon propre plan d'actions.



## Chapitre 2

### Mise en œuvre

#### Étape 0. Je spécifie le contexte de mon établissement et je liste les actions déjà menées dans le secteur AFR

Le contexte fait référence aux opportunités et aux menaces liées à l'environnement, aux forces et faiblesses de l'établissement. Concernant les actions déjà mises en œuvre dans mon établissement ou en cours, il s'agit par exemple du déploiement d'un système de gestion électronique des files d'attente, de l'instauration d'une cellule de traitement des rejets...

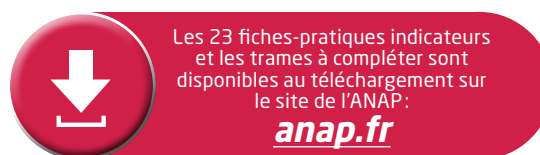
#### Étape 1. Je place les indicateurs dont je dispose dans chacun des thèmes du schéma d'analyse

Cette étape consiste à réaliser une cartographie des indicateurs disponibles dans mon établissement, pour les dix-huit thèmes du schéma d'analyse, à l'aide du tableau présenté ci-après.

Figure 6 : Trame de tableau pour recenser les indicateurs de son établissement par thème

Thème	Indicateur(s) disponible dans mon établissement	Valeur de l'indicateur	Cible
<b>Irrécouvrables</b>	Ex: Évolution des montants d'ANV...		
<i>Thème d'indicateurs de résultat intermédiaire</i>			
<i>Thème d'indicateurs de moyen</i>			

En l'absence d'indicateur, il est vivement conseillé de se reporter aux fiches-pratiques indicateurs, qui disposent chacune d'une cible. Il est possible que les données à disposition ne permettent pas de calculer l'indicateur préconisé par l'ANAP, auquel cas, le thème sera sans indicateur.



## Chapitre 2

### Mise en œuvre

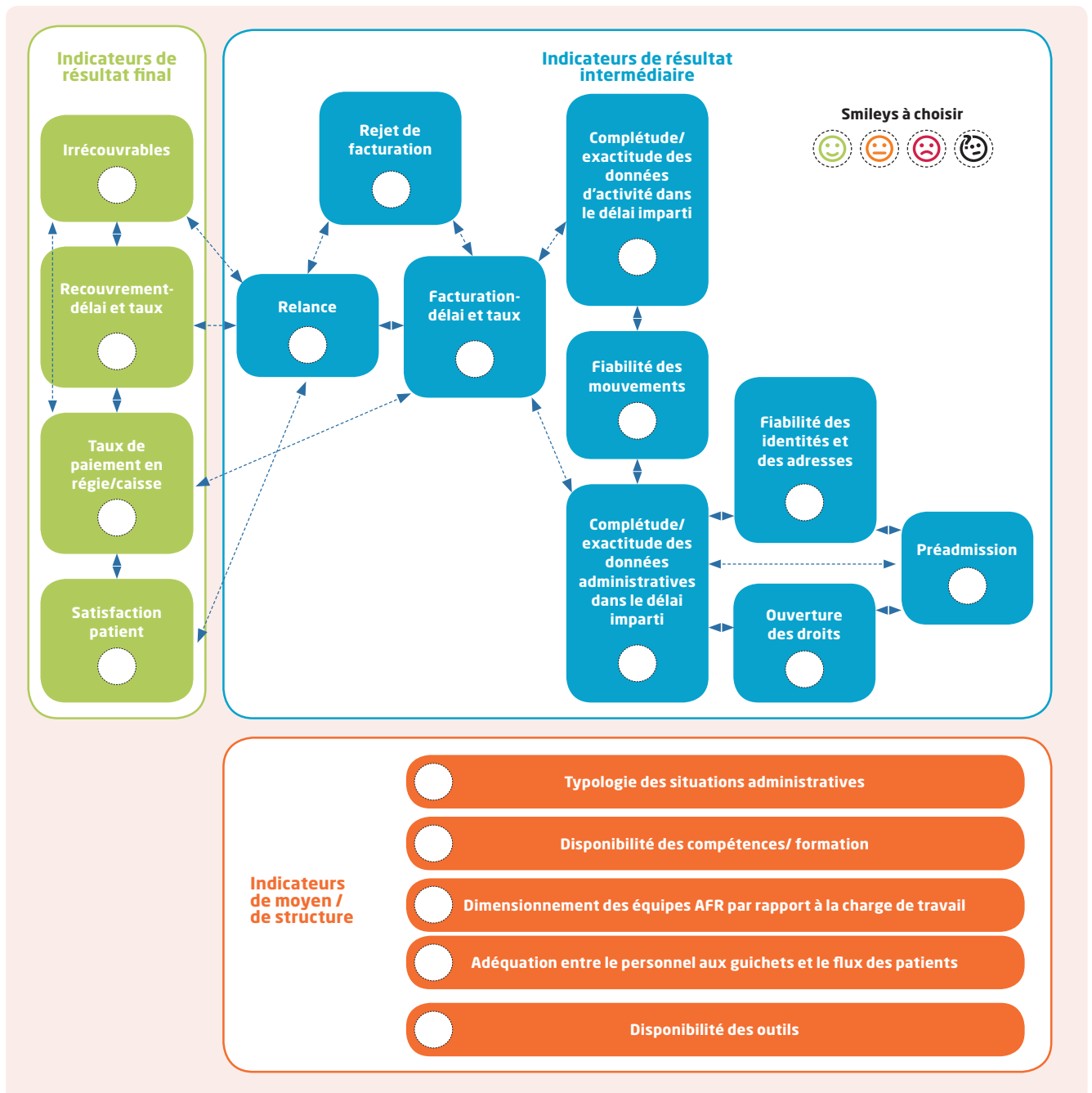
#### Étape 2. Je qualifie la situation de mon établissement en parcourant le schéma d'analyse en partant des indicateurs de résultat final et en remontant les liens de causalité

Je qualifie à l'aide de smileys le résultat de chaque indicateur au regard de la cible, en utilisant le support du schéma d'analyse. En l'absence d'indicateur, j'essaie de qualifier la situation grâce à mon expérience opérationnelle.

Il est recommandé de qualifier en premier lieu les indicateurs de résultat final (irrecouvrables, recouvrement...), puis de remonter.

Smiley	Signification
😊	Situation positive de l'établissement concernant ce thème.
😐	Situation correcte de l'établissement pour ce thème.
😞	Situation insatisfaisante de l'établissement au sujet de ce projet.
🤔	Pas d'indicateur disponible pour ce thème.

Figure 7 : Trame de schéma d'analyse pour qualifier la situation de son établissement par thème



## Chapitre 2

### Mise en œuvre

#### Étape 3. Je sélectionne les thèmes de travail prioritaires

Je repère le ou les indicateurs à travailler en priorité, smileys rouges et éventuellement oranges.

Je repère les thèmes pour lesquels je n'ai pas d'indicateur et m'interroge sur l'intérêt d'en développer, compte tenu des interactions des indicateurs entre eux.

#### Étape 4. Je m'appuie sur les fiches-pratiques indicateurs correspondantes pour construire mon propre plan d'actions

Je consulte les fiches-pratiques en lien avec les thèmes prioritaires.



## 2. Modalités pratiques de pilotage de la chaîne AFR

Pour que le niveau de performance attendu soit atteint, il est nécessaire de constituer une stratégie de pilotage. Celle-ci devra être portée par la Direction générale et sera ensuite à décliner jusqu'aux opérationnels, permettant de traduire les priorités de travail identifiées, en un ensemble d'objectifs collectifs et individuels, adaptés aux métiers et aux responsabilités de chacun. Totalement transversal, le processus AFR repose sur de multiples acteurs (internes et externes à l'établissement), ce qui nécessite une étroite coordination entre ceux-ci.

Dans cet esprit, une méthode de management de la performance de la chaîne AFR est mise à disposition des utilisateurs. Elle s'appuie sur des retours d'expériences d'établissements du groupe de travail.

23

### 2.1 Structurer le pilotage de la chaîne AFR

Afin d'être pertinent, le pilotage de la chaîne AFR doit distinguer trois objectifs distincts s'adressant chacun à des acteurs différents. L'intérêt est de cibler le pilotage en fonction des différents rôles des acteurs dans la chaîne AFR (voir figure 8).

Pour chacun des trois cas, un système de pilotage spécifique est à mettre en place afin de permettre un dialogue de gestion ciblé sur les rôles et responsabilités spécifiques des acteurs.

Figure 8 : Répartition des objectifs de pilotage en fonction des acteurs à mobiliser

	<b>Objectif 1</b> Faire que les contributeurs internes/externes fournissent des données / informations exhaustives et de qualité rapidement	<b>Objectif 2</b> Déterminer les priorités, les objectifs de performance et évaluer les résultats obtenus	<b>Objectif 3</b> Assurer un suivi de l'avancement des actions et mesurer les résultats obtenus
<b>Porteur(s) du pilotage</b>	Direction générale et Président de CME	Direction générale	Encadrement AFR
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Interne : personnel médical et soignant, service social, AMA... Externe : comptable public, CPAM, mutuelles...	Encadrement AFR	Équipes AFR
<b>Résultat(s) attendu(s)</b>	Développer une relation de partenariat avec ces acteurs	Fixer des objectifs de performance de la chaîne AFR et décider des plans d'actions à mettre en place pour les atteindre	Mobiliser les équipes AFR et obtenir les résultats

## Chapitre 2

### Mise en œuvre

## 2.2 Objectif 1 - Développer une relation de partenariat avec les contributeurs de la chaîne AFR

### 2.2.1 Partenariat avec les services de soins

Le besoin de pilotage est associé à la faculté des personnels médicaux et soignants à valoriser les soins dont ils sont les producteurs. Cela fait référence au codage qui constitue un point pénalisant (sous-valorisation des recettes, manque de trésorerie dû au délai) ou bloquant (absence de recettes).

La finalité est de convaincre ces contributeurs de participer activement au bon fonctionnement de la chaîne AFR. Pour initier et rendre durable une telle démarche, celle-ci doit être portée par le plus haut niveau de l'établissement, c'est-à-dire par la Direction générale et le président de CME, en étroite collaboration avec le DIM. En effet, c'est sous la responsabilité de celui-ci que sont placées la qualité et l'exhaustivité des données de l'activité médicale. Il n'est pas nécessaire de créer d'instance spécifique. Les Commissions médicales d'établissement (CME ou un comité technique associé), et les bureaux ou conseils de pôle réunissent déjà les acteurs concernés. L'ajout régulier de ce thème à l'ordre du jour de ces instances permet de progresser. Les fréquences sont précisées dans chacune des fiches-pratiques indicateurs.

Afin de développer une relation de partenariat entre d'une part les contributeurs et d'autre part l'encadrement et les équipes AFR, les deux groupes d'acteurs doivent y trouver un intérêt. C'est pourquoi, l'ordre du jour doit prévoir deux thématiques :

- ▶ Informer de la performance générale de la chaîne AFR et de l'importance de son bon fonctionnement pour disposer des justes recettes d'activité afin de mobiliser les contributeurs ;
- ▶ Évaluer la qualité des informations fournies par les contributeurs *via* les trois indicateurs concernés et identifier les plans d'actions à mettre en œuvre pour améliorer cette performance.

### 2.2.2 Partenariat avec le service social

Le service social contribue à la qualité de la gestion des données administratives. Dans l'intérêt de la prise en charge des patients précaires, il devra être prévenu le plus en amont possible, dès l'identification de certains problèmes, de façon à demander une éventuelle ouverture de droits ou renouvellement de droits. Une bonne connaissance de la patientèle permet de mieux appréhender les enjeux financiers.



### Exemple : la gestion des risques liés aux patients 100% payants

«Le CHI de Meulan-les-Mureaux est parti du constat que 41 % des montants de restes à recouvrer de la part patient concernent les patients 100% payants sur la période 2013-2016. En vue de réduire cette perte, deux objectifs ont été actés par la Direction :

- Définir une organisation en vue de limiter le nombre de dossiers avec le patient pour seul débiteur ;
- Formaliser et verrouiller le parcours de ces patients, notamment sur le process d'ouverture de droits

Le premier objectif nécessite d'améliorer le système de détection des patients 100% payants, notamment en rédigeant et en diffusant des procédures sur des conditions d'éligibilité à l'ouverture de droits.

Le second s'appuie sur un besoin de renforcement de la coopération entre les assistantes sociales et les services administratifs. Dans ce sens, le CHI a mené des travaux pour clarifier les règles et modalités de remontée des demandes d'ouverture de droits. Il a également défini les conditions de transmission des informations sur les dossiers en cours entre les acteurs, et leur fréquence. Pour assurer le suivi des démarches d'ouverture de droits, un tableau a été conçu contenant a minima cinq indicateurs (cf ci-contre). Celui-ci doit servir de support lors des réunions mensuelles de suivi des dossiers.»

#### CHI de Meulan-les-Mureaux

### 2.2.3 Partenariat avec le comptable public

Celui-ci concerne exclusivement les établissements publics. Si le Trésorier réalise son activité de manière indépendante, il est tributaire de la qualité des informations fournies par l'ordonnateur (secteur AFR en l'occurrence). Il convient de travailler avec lui sur la bonne articulation des procédures de recouvrement et de gestion des montants irrécouvrables : définition des délais et des seuils de poursuite, politique d'apurement des admissions en non-valeur (ANV)... Par ailleurs, il dispose d'outils pour faciliter la production d'indicateurs de pilotage des établissements, tels que le taux et le délai de recouvrement.

## Chapitre 2

### Mise en œuvre



#### Exemple : une co-gestion des patients à risque

« Dans la continuité de l'exemple sur la gestion des risques liés aux patients 100 % payants, le diagnostic du CHI de Meulan-les-Mureaux a mis en évidence que, sur les hospitalisations (programmées ou non), les factures supérieures à 500 euros, non payées par les patients, représentent 2 % de factures émises et 59 % des restes à recouvrer. L'établissement s'est rapproché de son Trésorier pour établir un process d'action de gestion de ces dossiers. Deux principes ont été retenus :

- Traiter en priorité les plus grosses factures qui sont les plus difficiles à recouvrer ;
- Identifier les débiteurs potentiels pour pouvoir correctement facturer les dossiers et limiter la facturation aux patients.

Pour formaliser les responsabilités de chacun, l'établissement et le Trésorier ont choisi de rédiger une lettre d'engagement. Elle contient notamment les critères déterminant les dossiers à gérer en priorité (seuils de montant, type de débiteur, etc.), une proposition d'échéancier et une procédure conjointe entre l'ordonnateur et le comptable pour les demandes de mise en ANV. »

#### CHI de Meulan-les-Mureaux

25

Figure 9 : Cinq indicateurs pour maîtriser les risques relatifs aux patients 100 % payants, source CHI Meulan-les-Mureaux

Indicateur	Granularité	Périodicité
Nombre et part de dossiers avec le patient pour seul débiteur	Parcours	Mensuel
Montants et part des montants facturés auprès de patient 100 % payants (recouvrés / non recouvrés)	Parcours	Mensuel
Part des dossiers 100 % payants pour lesquels une demande d'ouverture de droits a été envoyée à la CPAM	-	Mensuel
Part des dossiers d'ouvertures de droits ayant abouti à une ouverture de droits	-	Mensuel
Part des dossiers d'ouvertures de droits en attente d'une réponse de la CPAM	-	Mensuel
...	...	...

## 2.2 Objectif 2 - Fixer des objectifs de performance de la chaîne AFR et décider des plans d'actions à mettre en place pour atteindre les objectifs

Cet objectif concerne les cinq besoins de pilotage présentés précédemment. L'ensemble des indicateurs identifiés par l'ANAP doivent donc faire l'objet d'une revue régulière, par la Direction générale de l'établissement, la Direction des finances et l'encadrement AFR. Il s'agit ainsi d'institutionnaliser la démarche. La périodicité sera variable, en fonction des besoins de suivi. Une attention particulière sera portée sur les indicateurs de résultat final, révélateurs de l'impact financier.

La finalité de cette revue est quadruple :

- ▶ Évaluer la performance générale de la chaîne AFR en s'appuyant sur les indicateurs choisis ;
- ▶ Déterminer les priorités et les décliner en plans d'actions en s'appuyant sur le schéma d'analyse proposé ;
- ▶ Suivre l'avancement des plans d'actions et mesurer les résultats obtenus ;
- ▶ Éventuellement, adapter les plans d'actions en modifiant les actions pour qu'elles soient plus spécifiques et pertinentes, ajout de nouvelles actions, suppression d'actions n'ayant pas permis d'obtenir de résultat.

Chacune des fiches-pratiques précise les modalités de suivi, les plans d'actions à mettre en œuvre et les acteurs à mobiliser.

## Chapitre 2 Mise en œuvre

### 2.3 Objectifs 3 - Mobiliser les équipes AFR et obtenir les résultats

Les cinq catégories de besoins de pilotage sont concernées par cet objectif et par conséquent, l'ensemble des résultats des indicateurs doit être communiqué. Il revient à l'encadrement AFR de partager très régulièrement les résultats avec ses équipes. Les objectifs seront déclinés plus

finement, par équipe et éventuellement par agent. Certains indicateurs sont particulièrement sensibles aux actions mises en œuvre en local, ils devront être suivis selon un rythme hebdomadaire ou mensuel, selon les possibilités de l'établissement. D'autres indicateurs dont les effets sont perceptibles à moyen terme, comme l'adéquation de compétences aux besoins, seront suivis selon un rythme plus espacé.



#### Exemple : un système de pilotage qui mobilise le terrain

« Les HCL ont ainsi mis en place un système de pilotage garantissant l'articulation entre le Siège et les opérationnels depuis 2016. Les rôles et lignes de responsabilités de chacun dans le pilotage et les plans d'actions sont définis et écrits, pour une prise de décision transparente. Le service de gestion des malades du Siège anime un dialogue de performance s'appuyant sur un suivi structuré et régulier de plusieurs indicateurs standardisés, ce qui permet, en cas d'alerte, de mettre en place des actions correctives rapidement. Ces indicateurs sont utilisables aux six échelons décrits ci-après, avec des périodicités différentes :

Figure 10 : Organisation du dialogue de performance : les routines de pilotage

Niveau de pilotage	Fréquence des revues d'indicateurs				
	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuelle		Trimestrielle
Direction générale					Reporting et revues trimestrielles
DAF / SGM <sup>1</sup> Siège			Revues transversales Reporting mensuel	Autres revues <sup>4</sup>	Reporting DG/ COPIL facturation
DSF <sup>2</sup> des groupements			Revues locales Reporting hebdo		
Attachés d'administration locaux	Revue spécifique à chaque Bureau des admissions (BA)				
Adjoints des cadres locaux	Reporting hebdo    Requetes standard				
Agents BA <sup>3</sup> locaux	Revue flash - Management visuel				

1 - SGM : Service de gestion des malades • 2 - DSF : Directeur des services financiers des cinq groupements hospitaliers • 3 - BA : Bureau des admissions  
4 - Autres revues : avec d'autres entités : Revue mensuelle DAF / Recette des finances. Revue avec la CPAM / Recette des finances / DSI

Reporting permanent

Reporting dédié

Ainsi, dans le cadre d'une revue d'un bureau des admissions, la mise en œuvre pratique se fait sous la forme de réunion flash hebdomadaire d'une durée de 10 à 15 minutes, par petits groupes. Plusieurs réunions peuvent avoir lieu afin d'assurer la participation de l'ensemble des personnels. Cette organisation permet de bien cibler le pilotage et d'assurer une bonne gestion du temps. L'ordre du jour type est constitué de la revue des résultats de deux à trois indicateurs maximum, sélectionnés par l'encadrant, des actualités sur les évolutions réglementaires en lien. C'est aussi l'occasion pour les équipes d'apporter des éléments d'explications et de partager des bonnes pratiques. Ces retours peuvent servir à compléter les plans d'actions.»

Hospices Civils de Lyon



—  
Annexes  
—

## Annexes

### Annexe 1 : Analyse comparative des indicateurs retenus avec les tableaux de bord des établissements

La répartition des cent-quatorze indicateurs recensés dans les dix établissements du groupe de travail, entre les cinq besoins de pilotage cités, met en évidence de forts écarts par rapport aux vingt-trois indicateurs retenus :

Figure 11 : Répartition des indicateurs par catégorie de besoin de pilotage, classées par ordre décroissant du nombre d'indicateurs

Besoin de pilotage	23 indicateurs	Indicateurs des 10 établissements participants	Variation existant / 23 indicateurs
Efficiencia de la chaîne AFR	44 %	23 %	↗
Conformité des résultats	22 %	41 %	↘
Capacité d'adaptation à l'environnement	17 %	5 %	↗
Qualité des informations fournies par les contributeurs de la chaîne AFR	13 %	24 %	↘
Satisfaction des patients	4 %	7 %	↘

Les indicateurs d'efficacité de la chaîne AFR prennent la première place devant ceux relatifs à la conformité des résultats. Cela traduit bien l'élévation du niveau d'exigence attendu de ces métiers sur le fonctionnement du processus.

La qualité des informations fournies par les contributeurs est sur-représentée dans les tableaux des établissements participants, en raison d'un établissement qui exploite des tableaux OVALIDE<sup>8</sup> de l'ATIH.

La réduction de la part des indicateurs liés à la satisfaction patient peut interpeler : un seul indicateur retenu, alors que divers moyens sont recensés dans les établissements (enquêtes, notamment e-Satis, temps d'attente administratif moyen, part de nouveaux patients pris en charge, taux de décroché téléphonique).

Ce choix s'explique par le fait que la satisfaction des patients transparaît par ailleurs dans d'autres indicateurs de la liste des 23, tels que :

- ▶ Le niveau de préadmission, en permettant une simplification du parcours des patients;
- ▶ La mesure du flux des patients par guichet, en assurant une bonne adéquation entre le flux et les guichets;

- ▶ La capacité à ouvrir des droits, avec la participation du service social en permettant à des patients d'obtenir une couverture sociale;
- ▶ Le paiement en régie/caisse, en permettant au patient de terminer son parcours administratif avant son départ de l'établissement;
- ▶ Le délai de facturation, en permettant au patient de terminer son parcours administratif rapidement;
- ▶ Enfin, la disponibilité des outils, qui jouent un rôle de plus en plus important dans le cadre de la dématérialisation des échanges avec les patients.

### Annexe 2 : Critères recommandés par la HAS pour définir un indicateur de santé

Afin de retenir les rubriques essentielles d'une fiche-pratique indicateur, les critères recommandés par la HAS pour définir un indicateur de santé<sup>9</sup> ont servi de base :

- ▶ « Un indicateur suppose l'existence d'une question qu'il contribue à éclairer : ils doivent fournir des informations, des indices ou des statistiques par rapport aux préoccupations de l'utilisateur ». Dans ce but, les 23 indicateurs développés correspondent à des besoins réels des professionnels de la chaîne AFR. Chaque fiche contient à ce titre une **question-clé** ainsi qu'une série de **finalités**;
- ▶ « Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif » : chaque fiche-pratique indicateur contient donc les **modalités de calcul** qui permettent d'observer et de suivre quantitativement une situation sur la chaîne AFR. Ces modalités incluent le ratio de l'indicateur, son périmètre, son niveau de détail, son unité, la source qui permet de récupérer les informations, sa fréquence de calcul et sa période de référence;
- ▶ « C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte » : chaque indicateur doit faire l'objet d'une **cible**. Des contrôles réguliers doivent être mis en œuvre afin d'évaluer l'écart entre résultat obtenu et objectif initialement fixé. En fonction de cet écart, il peut être possible d'adapter les plans d'action ou bien les objectifs;
- ▶ « Un indicateur n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation » : chaque fiche-pratique indicateur contient donc un champ **interprétations et causes** pour aider l'utilisateur à analyser le résultat obtenu;
- ▶ « L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre » : tous les indicateurs contenus dans ce guide sont accompagnés de **plans d'actions** pour aider les utilisateurs à améliorer leur situation.

8 - Outil de Validation des données des établissements de santé (OVALIDE), ATIH.

9 - Cf. HAS « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé », mai 2002.



# Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
AFR	Accueil-Facturation-Recouvrement
AMA	Assistant médico-administratif
AMO	Assurance maladie obligatoire
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
B2	Norme d'échange des données de facturation avec l'AMO
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
DAF	Directeur administratif et financier - Direction des Affaires financières
DG	Direction générale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (pilote le projet national SIMPHONIE)
DIAPASON	Débit intervenant après le parcours de soins
DIM	Département d'information médicale
DSI	Direction des Systèmes d'information
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
GAP	Logiciel de gestion administrative du patient
GH	Groupe hospitalier
HAS	Haute Autorité de santé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NPAI	N'habite plus à l'adresse indiquée
OVALIDE	Outil de Validation des données des établissements de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PND	Pli non distribuable
PNL	Privé non lucratif
SIMPHONIE	Programme de Simplification du parcours administratif hospitalier du patient et numérisation des informations échangées
TP	Trésor Public
UF	Unité fonctionnelle (découpage en structures de l'établissement)

# Remerciements

L'ANAP remercie vivement tous les membres du groupe de travail pour leur investissement tout au long des travaux :

## Hospices Civils de Lyon :

- ▶ **Laurence Caille**, Directrice adjointe des Finances au Siège - Service gestion des malades
- ▶ **Pauline Magnani**, Gestion de projets et coordination des régies au Siège - Service gestion des malades
- ▶ **Gaëlle Homberg**, Responsable de la facturation au Siège - Service gestion des malades

## CHI Meulan-les-Mureaux

- ▶ **Alain Pacquit**, Directeur des Affaires financières
- ▶ **Brigitte Orsoni-Desvergez**, Responsable pôle Clientèle
- ▶ **Isabelle Mermet**, TIM référente - Pôle de recueil de l'information médico-économique

## CH Béthune

- ▶ **Agnès Béthune**, Responsable du contrôle de gestion, des admissions et de la facturation
- ▶ **Damien Drelon**, Adjoint en charge de la qualité de la facturation
- ▶ **Anne-Sophie Dhont**, Adjointe de la responsable des admissions et de la facturation
- ▶ **François Dufosse**, Médecin DIM

## CHU Nantes

- ▶ **Marie Boyer**, Directrice des recettes et du dossier patient
- ▶ **Hélène Prod'homme**, Responsable des admissions et contrôle de gestion des recettes
- ▶ **Orianne Le Gabellec**, Responsable du bureau des recettes et de la facturation

## APHP-Hôpitaux universitaires Paris Centre

- ▶ **Hélène De Bonnières**, Directrice adjointe des Finances
- ▶ **Lucie Tardy**, Responsable des traitements externes - site de Cochin
- ▶ **Ludovic Lange**, Responsable admissions frais de séjours et traitements externes - site de Port Royal

## Institut de Cancérologie de Lorraine

- ▶ **Sylvie Liénard**, Directrice des Affaires financières
- ▶ **Marie David**, Technicienne de facturation

## CH Saint-Joseph Saint-Luc (Lyon)

- ▶ **Carole Vandermoere**, Responsable administrative et financière
- ▶ **Linda Mallard**, Responsable de la gestion administrative des patients
- ▶ **Philippe Poirié**, Médecin DIM

## CLCC Henri Becquerel (Rouen)

- ▶ **Romain Boidin**, Responsable de gestion administrative des patients (devenu Responsable des secrétariats médicaux au CH Saint-Joseph Saint-Luc)

## CHRU Nancy

- ▶ **Vincent Gervaise**, Directeur de la facturation - département finances
- ▶ **Alix Trouchard**, Contrôleuse de gestion secteur recettes/facturation
- ▶ **Magali Bastien**, Adjoint des cadres au bureau des admissions
- ▶ **Émeline André**, Responsable accueil/admissions/gestion/facturation

## GH Paris Saint-Joseph

- ▶ **Victoire Cappe de Baillon**, Responsable du parcours patient hospitalisé
- ▶ **Romain Souffre**, Responsable parcours patient externe

## DGOS

- ▶ **Patrick Desmet**, Chargé de mission SIMPHONIE

Les travaux ont été menés avec l'appui du cabinet de conseil Antarès Consulting : **Rémi Piot**, **Guillaume Plantet**, **Constance Vigin** et **Stéphane Le Grand**



#### Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Piloter la chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement - Par les indicateurs. © ANAP 2018 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)  
Crédit photos: ANAP, Droits réservés (DR)  
Impression sur papier PEFC: Imprimerie de la centrale  
Septembre 2018

Piloter la chaîne AFR implique bien plus que le suivi d'indicateurs. L'identification des besoins et la fixation d'objectifs sont des étapes préalables fondamentales.

Cette publication s'adresse aux Directeurs des finances et aux responsables AFR. Sur la base d'une sélection de vingt-trois indicateurs clés, elle met à disposition une méthodologie pour réaliser un diagnostic ainsi que des mesures concrètes pour se rapprocher de la cible et mobiliser les équipes.

