

Disposons-nous d'outils pour nous aider dans nos choix ?

Un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé.

M. Christian BEREHOUC, ANAP

Un référentiel de dimensionnement : genèse

- Sortir du m²/lit, mais pour aller où?
- La volonté de créer un outil de dialogue/discussion
- Une approche globale qui privilégie la fonction par rapport au secteur fonctionnel
- Le parti de traiter public et privé sur le même pied chaque fois que cela est possible
- Un outil qui ne définit pas les organisations (mais qui en disqualifie quelques unes...)
- La nécessaire intégration de chiffres d'activité

Un référentiel de dimensionnement: méthode

- Un groupe d'experts, avec une approche pluridisciplinaire
- Un échantillon test de 25 établissements publics et privés (9 privés, 1 PSPH, 15 publics) reconstruits
- Une mesure détaillée et unifiée de projets à des stades très « avancés »
- Confrontation aux dires d'experts et éventuels ajustements

Quelques commentaires sur les mesures de surfaces:

- Le choix de la SDO
- La sincérité des surfaces...
- La relative homogénéité des locaux unitaires
- Quelques données « objectives » sur le privé (médiane 1,61 pour le SDO/SU)
- Des échantillons resserrés autour de la médiane pour les établissements privés et pour les établissements publics en C/R
- Un échantillon public très dispersé avec une médiane de 1,75 (bornes de 1,62 et 1,95)
- Des écarts conséquents sur les locaux techniques...

Quelques principes de construction du référentiel

- Les chiffres prévisionnels d'activité sont des données d'entrée de l'outil
- Un choix d'unités de production (box d'urgence, cabinet de consultation, ...)
- Un indicateur cible d'activité (nombre de passages par an et par box, nombre de consultations par an et par cabinet,...)
- Des hypothèses majeures de fonctionnement
- Une fourchette de surfaces SDO de secteur fonctionnel associée à chaque unité de production
- Des facteurs de positionnement dans la fourchette

Quelques commentaires sur l'élaboration

- L'introduction, parfois, de seuils minimaux de fonctionnement
- La pertinence inattendue du regroupement « tertiaire administratif » ou de certains indicateurs comme le B!
- La difficile approche de la logistique
- Des secteurs qui semblent parfois difficiles à cerner... (pharmacie, imagerie,...)
- Des différenciations public/privé assez minces comme entre CH et CHU

Quelques commentaires sur l'utilisation

- Le référentiel couvre près de 85% des surfaces que l'on peut rencontrer dans un établissement de santé
- Le cumul des fourchettes hautes et basses n'a pas de sens (surtout les hautes!)
- Attention aux approches limitées à quelques secteurs
- Une logique de renversement de la preuve (pourquoi est-on au delà de la fourchette haute?)
- Le référentiel de dimensionnement indissociable du management de projet