

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Les impacts de la T2A sur les modes
d'organisation et de fonctionnement
des établissements de santé
Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements

Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN

n° 97 – mai 2010

Les interventions dans les établissements et les monographies correspondantes (qui figurent en annexes, rendues anonymes pour des raisons de confidentialité) ont été réalisées par :

- *CHU :* Jean-Claude MOISDON et Michel NAKHLA (CGS École des Mines)
- *CH 1 :* Michel PEPIN (ESSOR Consultants)
- *CH 2 :* Michel PEPIN
- *CH 3 :* Jean-Claude MOISDON
- *PSPH :* Jean-Claude MOISDON et Michel NAKHLA
- *CLCC :* Bernard DOERFLINGER (ESSOR Consultants)
- *Clinique 1 :* Dominique TONNEAU (CGS École des Mines)
- *Clinique 2 :* Jean-Claude MOISDON

Nous remercions toutes les personnes rencontrées dans les établissements pour leurs contributions tout au long de cette étude, de décembre 2007 à mars 2009.

Le présent rapport a été rédigé par Michel PEPIN et Jean-Claude MOISDON à partir d'une synthèse pour le Comité d'évaluation de la T2A élaborée conjointement par l'ensemble des intervenants.

Nous remercions également nos interlocuteurs de la DREES, Mme OLIER, MM. BLANCHARD, RAYNAUD, PICHETTI et BLUM, pour leurs contributions lors des réunions d'échanges entre établissements.

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

1. Objectifs et méthode	7
1.1 Les attentes de la DREES.....	7
1.2 Notre approche méthodologique	7
1.2.1 Options de méthode.....	7
1.2.2 Grille d'analyse	9
1.3 Déroulement de l'étude	10
1.3.1 La constitution de l'échantillon	11
1.3.2 Les états des lieux initiaux (phase 1).....	11
1.3.3 Première rencontre inter-établissements.....	12
1.3.4 Les approfondissements thématiques (phase 2)	12
1.3.5 Les autres rencontres inter-établissements	13
1.3.6 Présentation au Comité d'évaluation de la T2A	13
2. Une lecture des évolutions constatées à partir de la grille d'analyse	14
2.1 L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients	14
2.1.1 Les outils spécifiques	14
2.1.2 Les dispositifs de coopération autour de la prise en charge	15
2.1.3 Les leviers d'action mobilisés	15
2.1.4 Les évolutions de la prise en charge vers l'ambulatoire, l'hôpital de semaine, l'HAD.....	16
2.2 L'évolution du système de gestion	16
2.2.1 Le codage des séjours et des actes.....	16
2.2.2 Le processus de facturation	17
2.2.3 L'évolution de la fonction Contrôle de gestion	18
2.2.4 Les outils de gestion des services ou des pôles	18
2.3 L'organisation interne des services et des pôles.....	21
2.3.1 L'évolution de l'activité et de l'organisation du travail	21
2.3.2 Le management des pôles et des services.....	24
2.3.3 La recherche d'efficience	25
2.4 L'organisation interne de l'établissement.....	25
2.4.1 La répartition des effectifs et des ressources	25
2.4.2 L'organisation d'ensemble	25
2.4.3 Le système de décision.....	26
2.5 La gestion des ressources humaines	27
2.5.1 Le recrutement.....	27
2.5.2 La formation permanente	27
2.5.3 L'évaluation et l'intéressement individuel aux résultats	27
2.6 La stratégie de l'établissement	28
2.6.1 Les alliances et partenariats.....	29
2.6.2 L'externalisation d'activités	29
2.6.3 La restructuration de l'offre.....	29
3. Conclusions générales.....	31
3.1 De la gestion à l'organisation : des effets contrastés.....	31
3.1.1 Un impact fort sur l'innovation instrumentale de gestion médico-économique	31
3.1.2 Des impacts organisationnels différenciés	33
3.2 Une interprétation des freins observés	34
3.2.1 Trois facteurs explicatifs associés	34
3.2.2 Les difficultés d'une adaptation « rationnelle » des acteurs du soin à la T2A	37
3.3 Des effets positifs notables sur les coopérations entre acteurs	38
3.4 Quelles perspectives ?	38

Liste des sigles utilisés.....	40
Annexe 1 - Le cas du CHU	41
Annexe 2 - Le cas du CH 1	47
Annexe 3 - Le cas du CH 2	55
Annexe 4 - Le cas du CH 3	60
Annexe 5 - Le cas du PSPH.....	69
Annexe 6 - Le cas du CLCC	74
Annexe 7 - Le cas de la clinique 1	87
Annexe 8 - Le cas de la clinique 2	99
Annexe 9 - Analyse bibliographique.....	107

1. Objectifs et méthode

1.1 Les attentes de la DREES

L'étude demandée s'inscrit dans le cadre des travaux programmés par le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité. En complément d'études ciblées sur les effets économiques et financiers, sur la productivité hospitalière, sur la structuration de l'offre de soins ou sur l'évolution de la qualité des soins, il est apparu nécessaire au Comité d'examiner les effets qualitatifs que pourrait avoir la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé.

L'hypothèse à la base de cette demande était que, en introduisant une nouvelle logique d'analyse et de valorisation de l'activité, « *la T2A devrait en principe inciter les établissements à modifier leur organisation de production, leurs techniques de management et leurs stratégies de développement* » (extrait du cahier des charges de l'appel d'offres de la DREES en 2007.)

Néanmoins, l'appel d'offres relevait également que des travaux conduits à l'étranger montraient que ces effets n'étaient pas mécaniques et pouvaient être freinés par différents facteurs. Il semblait donc important de prendre la mesure de la réalité des effets d'ordre organisationnel et d'en approfondir les caractéristiques, à partir d'observations directement issues de la pratique des établissements.

1.2 Notre approche méthodologique

1.2.1 Options de méthode

L'étude attendue soulevait des difficultés d'ordre méthodologique, d'une part sur l'étendue du champ d'analyse, d'autre part sur les modalités de recueil d'information.

En effet, la T2A ne constitue que l'un des volets des évolutions qui ont affecté les établissements de santé dans la période récente. Dans le secteur public en particulier, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, la création des pôles et le passage à l'EPRD (État des prévisions de recettes et dépenses) constituent des facteurs importants d'évolution des modes de fonctionnement interne.

Il était donc à prévoir qu'il serait difficile, voire impossible, d'isoler de façon sûre les effets de la T2A de ceux engendrés par les autres facteurs. En même temps, il fallait éviter le risque de faire porter à la T2A la responsabilité de tous les changements constatés.

Dans ce contexte, nous avons fait le choix d'une démarche fondée sur l'étude d'un petit nombre d'établissements, de façon à pouvoir analyser de façon approfondie, et dans une certaine durée, les mécanismes de changement à l'œuvre et mieux comprendre ainsi le rôle précis joué par la T2A. Mais, afin de faciliter la mise en perspective de ces expériences singulières et leur lecture transversale a posteriori (qui est l'objet de ce rapport), nous avons cherché à cadrer de façon rigoureuse la méthode d'investigation, tant dans le choix des thèmes analysés que dans le déroulement des travaux.

1er fil directeur : La médicalisation de l'information comme origine des changements

Nous partons d'une évidence : la racine de la logique T2A est constituée par la médicalisation de l'information sur l'activité (voir encadré). Celle-ci était déjà présente depuis longtemps avec le PMSI, mais trouve ici un prolongement fondamental, dans son utilisation pour la fixation des ressources, ce qui transforme les enjeux pour les établissements.

En conséquence, la compréhension de l'évolution des comportements des médecins est essentielle puisqu'ils :

- sont à la base de la constitution de l'information, à travers le codage de leur activité,
- peuvent influencer directement sur les durées et coûts de séjour par l'évolution de leurs pratiques,
- sont concernés au premier chef par la mise en place des pôles (dans le secteur public) et les transformations d'organisation associées.

Nous prenons donc comme premier fil directeur la recherche, dans les changements analysés, de ce qui découle plus particulièrement de cette « médicalisation du regard gestionnaire » et du changement des comportements médicaux.

Les principes de la T2A

Rappelons succinctement, sans entrer dans les détails techniques¹, les principes qui caractérisent le fonctionnement de la tarification à l'activité.

Chaque séjour d'un patient fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui en décrit les caractéristiques médicales et administratives, en agrégeant les résumés d'unité médicale (RUM) produits par les différentes unités où est passé le patient.

Ce RSS est codé et traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal (regroupement par catégorie majeure de diagnostic CMD), l'existence d'actes opératoires et si besoin d'autres informations (âge, diagnostics associés, ...).

Ce traitement permet d'affecter le séjour à un groupe homogène de malade (GHM).

Depuis la version 11 de la classification (2009) qui a introduit un critère de sévérité en 4 niveaux au sein d'un même type de séjour, on compte près de 2300 GHM répartis en 28 CMD. La version précédente, en vigueur au moment de cette étude, en comptait moins de 800.

Pour la tarification, on opère un passage de la notion de GHM à celle de GHS (groupe homogène de séjour), pour tenir compte des particularités de certains séjours (bornes hautes et basses des durées de séjour, passage en unité spécialisée, ...).

Chaque GHS produit par un établissement fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le Ministère de la Santé, dans le cadre général de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Il existe deux tarifs T2A, selon le mode de tarification initial : dotation globale (DG) pour les établissements publics et PSPH, et dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN) pour les établissements privés.

Des recettes complémentaires s'ajoutent à ce financement des GHS : il s'agit des consultations et actes externes, des recettes dites de classe 2 (reste à charge pour les patients), de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, de forfaits correspondant à des activités particulières (notamment les urgences qui bénéficiaient jusqu'en 2008 d'un forfait par passage), et des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

¹ Pour toute précision, on pourra se reporter au site de l'ATIH : www.atih.sante.fr

2nd fil directeur : Mettre en lumière des dispositifs concrets

Un double risque devait être évité dans l'étude :

- ne mettre en évidence que des résultats en termes de performance (l'évolution des recettes, la baisse des durées moyennes de séjour, ...), sans renseigner sur les processus qui ont permis d'aboutir à ces résultats,
- ne recueillir qu'un ensemble de discours qualitatifs généraux des acteurs sur la transformation de leurs comportements et leur souci accru de « maîtriser les durées de séjour tout en maintenant la qualité de service », de « coopérer davantage dans le cadre du pôle », de « fiabiliser le système d'information », etc.

C'est pourquoi nous avons en permanence cherché à analyser en priorité des dispositifs concrets : de nouveaux outils de gestion et leurs utilisations réelles, des changements d'organisation du travail, des projets et leurs traces écrites (comptes-rendus d'instances, synthèses de groupes de travail, ...), etc.

En particulier, toute la seconde phase de l'étude a été ciblée, dans chaque établissement, sur l'analyse d'un projet de changement précis, en participant concrètement aux réflexions en cours des différents acteurs, dans une logique de recherche-intervention (cf. §1.3.3).

3^{ème} fil directeur : Partir du niveau local pour remonter au niveau de l'établissement

Enfin, il nous a semblé cohérent avec ce qui précède, de structurer l'analyse en partant du local (le service ou le pôle) pour remonter progressivement vers le niveau de l'établissement. La question d'une éventuelle stratégie globale de changement organisationnel peut ainsi être explorée à partir de données issues des pratiques de terrain.

1.2.2 Grille d'analyse

Au-delà de ces principes généraux, nous avons élaboré, en amont du démarrage de l'étude, une grille commune d'analyse thématique, qui nous a servi en particulier à structurer les états des lieux réalisés dans la première phase de l'étude.

Cette grille, présentée à la page suivante, formalisait donc notre vision a priori de la structure des effets probables de la T2A. Comme on le verra plus loin, nos investigations ont révélé des impacts d'ampleurs très diverses selon les différents items retenus.

Grille d'analyse thématique des effets internes de la T2A

Thèmes	Sous-thèmes
L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients	Outils d'analyse des parcours et séjours
	Dispositifs de coopération entre acteurs
	Leviers d'action mobilisés
	Nouvelles formes de prise en charge
L'évolution du système de gestion	Organisation du codage
	Processus de facturation
	Fonction contrôle de gestion
	Outils de gestion du service ou pôle
L'organisation interne des services et pôles	Évolution de l'activité et de l'organisation du travail
	Management
	Recherche d'efficience
L'organisation interne de l'établissement	Répartition des effectifs et des ressources
	Organisation d'ensemble
	Système de décision
La gestion des ressources humaines	Recrutement
	Formation permanente
	Évaluation et intéressement aux résultats
La stratégie de l'établissement	Partenariats
	Externalisation d'activités
	Restructuration de l'offre

On voit que cette grille correspond bien aux principes généraux évoqués plus haut de progression de l'analyse du local vers le global. Soulignons en particulier que le premier thème, l'analyse de la prise en charge et du parcours des patients, vise à analyser si la T2A a effectivement induit de nouvelles façons de s'interroger sur les processus de prise en charge et sur les différentes étapes des parcours des patients, dans le but d'en optimiser l'efficacité et la qualité. Il s'agit en d'autres termes d'entrer dans le cœur de l'activité médicale et soignante pour savoir s'il a été, a minima questionné, ou plus largement modifié, par la T2A.

1.3 Déroulement de l'étude

L'étude prévoyait de suivre 8 établissements pendant une période d'environ 15 mois scindés en deux phases :

- la première, la plus courte, consistait en un état des lieux structuré à partir de la grille d'analyse,
- la seconde, plus longue, consistait à accompagner la réflexion de l'établissement sur un thème précis.

L'étude a également été rythmée par trois temps collectifs de rencontre des établissements à la DREES.

Enfin, ces investigations ont été complétées par deux dispositifs :

- une analyse bibliographique préalable à l'étude (que l'on trouvera en annexe 10),
- une comparaison des constatations empiriques obtenues sur l'échantillon avec un chantier de la MeaH (Mission d'expertise et d'audit Hospitalier) portant sur le fonctionnement des pôles, dans le cadre de la réforme de la gouvernance.

1.3.1 La constitution de l'échantillon

L'échantillon souhaité devait être diversifié selon plusieurs critères :

- le statut (public, PSPH ou privé à but lucratif),
- la taille,
- la diversité géographique.

Par ailleurs, il devait s'agir d'établissements volontaires, prêts à s'engager dans la durée dans l'étude et à y consacrer les moyens en temps nécessaires.

L'identification des établissements a été réalisée par la DREES, en s'appuyant notamment sur le rôle de relais des Fédérations (FHF, FEHAP et FHP). Une convention de partenariat entre la DREES et l'établissement a été signée, qui formalisait les engagements réciproques (notamment en termes d'accès aux acteurs et aux informations, et de respect de l'anonymat dans le présent rapport final).

Caractéristiques de l'échantillon

Statut établissement	Lits MCO
CHU	1235
CH 1	210
CH 2	300
CH 3	510
PSPH 1	700
PSPH 2 Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC)	280
Privé lucratif - Clinique 1	205
Privé lucratif – Clinique 2	180

On voit que l'échantillon est équilibré en nombre entre les secteurs public et privé. Par ailleurs, les établissements sont situés dans six régions différentes.

1.3.2 Les états des lieux initiaux (phase 1)

Cette phase s'est déroulée de fin 2007 à mars 2008. Elle a été constituée dans chaque établissement :

- d'une série d'entretiens avec des acteurs de différentes catégories et fonctions (directions, gestionnaires, DIM, médecins, cadres de services, ...),
- du recueil de différentes sources écrites relatives à la mise en œuvre de la T2A et à ses premiers effets,

- de la rédaction d'une première synthèse proposée à l'établissement comme base de travail pour aborder la seconde phase.

1.3.3 Première rencontre inter-établissements

Cette rencontre eut lieu le 19 mars 2008. Elle permit de discuter une première lecture transversale des états des lieux proposés par les synthèses d'établissement.

Elle permit également une première discussion sur les thèmes de travail à choisir pour la phase 2. En effet, nous souhaitions pour cette seconde phase, concilier deux objectifs :

- travailler sur un thème mobilisateur pour l'établissement, de façon à pouvoir recueillir le maximum d'informations dans le cadre d'un projet réel porté par les acteurs internes, où nous pourrions avoir un apport en tant que tiers-intervenant,
- diversifier suffisamment la nature des thèmes travaillés dans l'échantillon, de façon à couvrir un éventail de problématiques liées à la T2A.

Dans les semaines qui suivirent, le choix des thèmes fut validé d'un commun accord entre les établissements, la DREES et nous-même.

Deux des établissements (le CH 1 et le CLCC) décidèrent à ce moment de ne pas poursuivre l'étude, pour des raisons internes liées entre autres à l'existence en parallèle d'autres projets assez lourds, et à la difficulté de dégager le temps nécessaire. Nous avons néanmoins utilisé leurs états des lieux (qui figurent en annexe) dans le cadre de cette synthèse générale.

1.3.4 Les approfondissements thématiques (phase 2)

Le tableau ci-après présente les thèmes retenus et la méthode de travail prévue.

Les thèmes de travail en phase 2

	Thème	Méthode
CHU	Développement de l'instrumentation de gestion pour le plateau technique : étude du pôle Imagerie	Groupe de travail Contrôle de gestion / Pôle
CH 2	Conception d'un système de pilotage médico-économique intégré et modes d'utilisation au niveau d'un Pôle	Groupe de travail DAF / DIM Expérimentation sur le Pôle Chirurgie (non réalisé)
CH 3	Contractualisation et audit interne : analyse des procédures et de l'instrumentation des contrats de Pôle	Étude des Pôles Médecine et Urgences/Réa : entretiens avec les acteurs ; évaluation des objectifs des contrats de Pôle
PSPH 1	Recherche de modalités de rémunération des médecins incitatives à la performance	Groupe de travail Finances / RH / Développement Élaboration et comparaison de scénarios
Clinique 1	Analyse des effets ou des freins organisationnels issus de l'instabilité des règles tarifaires	Reconstitution des effets des changements de règles Entretiens avec des acteurs (Direction et DIM) sur les effets possibles de la V11
Clinique 2	Effets des calculs de coûts sur l'orientation de l'activité (exemple du by-pass gastrique)	Estimation des coûts complets des séjours à partir des données de la clinique et analyse de leur rentabilité en fonction de leur durée Discussion des résultats avec la responsable de la gestion

Précisons que ce centrage sur des thèmes précis nous a laissé la possibilité de repérer, le cas échéant, des évolutions importantes sur d'autres sujets qui pouvaient alimenter l'étude. À titre d'exemple, dans plusieurs établissements nous avons pu être témoins des questions que se

posaient les acteurs (notamment les DIM) à propos de l'arrivée de la version 11 de la classification des GHM. Dans le CH2, nous avons inclus dans l'analyse l'évolution de la méthode d'élaboration de l'EPRD, ce qui n'était pas initialement inclus dans le thème retenu.

1.3.5 Les autres rencontres inter-établissements

Deux nouvelles rencontres furent organisées :

- l'une, le 11 décembre 2008, afin de présenter et discuter les travaux réalisés,
- la dernière, le 12 mai 2009, afin de faire le bilan des travaux réalisés et discuter des enseignements transversaux.

Ces deux réunions ont été riches de débats, permettant à chaque établissement, non seulement de prendre connaissance des approches des autres, mais aussi d'apporter son éclairage particulier et son questionnement au vu des travaux exposés. Les échanges nous ont ainsi permis de mettre en perspective ces démarches particulières et d'enrichir leur analyse dans une problématique élargie.

1.3.6 Présentation au Comité d'évaluation de la T2A

Une synthèse de l'étude a été présentée oralement au Comité, le 8 juillet 2009. Les participants ont estimé que les conclusions proposées renvoyaient bien à leur perception de la situation générale des établissements. Leurs commentaires ont été intégrés dans ce rapport.

2. Une lecture des évolutions constatées à partir de la grille d'analyse

Ce chapitre vise à répertorier, de façon factuelle, les changements que nous avons pu observer dans chacun des huit sites de notre étude. Pour ce faire, nous utiliserons la grille de lecture présentée plus haut, en essayant de caractériser plus précisément la nature de ces changements et, même s'il ne peut s'agir, évidemment, d'une approche statistique, de repérer les voies d'évolution qui semblent le plus fréquemment choisies par rapport à d'autres, qui étaient attendues, mais qui semblent très peu se concrétiser.

Comme nous l'avons souligné dans le cadrage méthodologique de l'étude, dans un souci d'objectivation, et pour éviter les effets, fréquents dans le milieu hospitalier comme ailleurs, de surestimation du changement par les discours, nous mettrons l'accent sur ce qui observable et qui ressort pour l'essentiel de deux objets :

- les outils, c'est-à-dire les diverses formalisations de l'activité et de la performance permis par la T2A,
- les dispositifs, c'est-à-dire les méthodes et procédures (réunions, documents d'information, groupes projet etc.) par lesquelles les acteurs se coordonnent, négocient, décident, etc.

En la matière, une grille d'analyse présentant des items parfaitement disjoints est impossible, et on constatera que de nombreux sujets se recoupent. À l'issue de notre étude, nous pourrions à coup sûr présenter les choses un peu différemment et élaborer un autre plan. Par souci de continuité par rapport à notre cahier des charges, nous suivrons ci-dessous la structure de la grille initiale.

2.1 L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients

Il s'agit d'examiner si les outils et dispositifs permettant d'analyser et d'organiser la prise en charge des patients, pris un à un, ont été modifiés par l'arrivée de la T2A. Au fond, si l'on se réfère par analogie aux processus industriels, on traite ici de la construction de « gammes opératoires » centrées sur la notion de séjour qui, avec la T2A, peut être interprétée comme « l'unité d'œuvre » de la production de soins. Quel doit être le parcours du patient et quel est son parcours concret ? Comment le modifier s'il apparaît utile le faire ? Ce sujet se recoupe largement avec un autre, traité plus loin, et relatif aux processus de soins, mais vus sous l'angle de la coordination des itinéraires des différents patients.

Le développement de la T2A, mode de financement fondé sur une nomenclature médicale relativement fine, laissait espérer des évolutions dans la façon dont les acteurs hospitaliers prenaient en charge cet aspect.

2.1.1 Les outils spécifiques

Ils restent assez peu formalisés. Sur notre petit ensemble d'établissements, aucun outil n'a été développé autour des trajectoires de patients, prenant en compte l'organisation dans son

ensemble, c'est-à-dire la succession des entités intervenant successivement ou conjointement dans la prise en charge des malades.

Ce qui, en revanche, semble assez général est la fourniture aux services ou aux pôles des durées moyennes de séjour (DMS) observées, donc d'un résumé très synthétique des trajectoires. Ces données s'accompagnent souvent d'analyses relativement fines, soit pour les GHM principaux, soit pour certaines catégories de séjour (par CMD, par unité fonctionnelle, par tranche d'âge, ..) : distributions statistiques, comparaisons aux références nationales, ...

Des travaux plus spécifiques sur les DMS peuvent être lancés, souvent à l'initiative des DIM ; sur des activités problématiques : par exemple, au CH2, le DIM s'est livré à l'analyse des séjours longs en chirurgie vasculaire ; de même, au CLCC, la direction a présenté en CME des cas types de prises en charges en relation avec les tarifs T2A correspondants (différences par exemple entre biopsie simple et biopsie exérèse).

Il est cela dit très difficile d'avoir un aperçu sur les changements de pratique médicale liés à ces analyses ciblées, par ailleurs relativement peu fréquentes. Ce qui est frappant est que beaucoup d'acteurs estiment qu'il s'agit là d'un apport essentiel de la T2A, mais que le temps leur manque pour entrer dans des analyses nécessairement fines et approfondies.

2.1.2 Les dispositifs de coopération autour de la prise en charge

Lorsque des réflexions existent sur les prises en charge, par exemple autour des DMS, les dispositifs supports de ces réflexions restent peu formalisés ; il s'agit la plupart du temps de réunions ad-hoc ou même d'échanges peu organisés. À noter toutefois, comme on l'a vu pour le CLCC, l'intégration fréquente de ces réflexions dans les dispositifs existants, tels les bureaux de pôle, le conseil exécutif, la CME, etc.

De même, un des effets de la T2A, pour la clinique 2, est d'avoir amplifié les points de contact entre la direction (de la clinique et du groupe) et le corps médical. Les réunions entre ces deux acteurs étaient relativement rares, les médecins ayant au fond dans ce type de structure une indépendance encore plus importante que les médecins des établissements publics (ils voient essentiellement la clinique comme un plateau technique qu'ils louent- par la redevance- afin d'exercer leur activité libérale). Dans ces réunions qui ont lieu le soir, à un rythme approximativement mensuel, différents sujets sont abordés, dont celui des DMS et de la prise en charge.

2.1.3 Les leviers d'action mobilisés

Comme les analyses globales de la trajectoire des patients sont embryonnaires, les acteurs se contentent d'actions qui se confondent d'ailleurs avec un sujet abordé plus loin, en l'occurrence l'organisation du travail et des processus de soins. En l'occurrence, peu de choses sont mises en œuvre ; elles concernent essentiellement le processus de sortie du malade. Dans un pôle du CHU et un autre du CH3, on essaye de faire sortir les patients le plus possible en matinée. Dans ce dernier pôle et également au CLCC, des contacts sont établis avec les structures aval (notamment par des IDE référentes) pour mieux organiser la prise en charge post-aiguë. De même, toujours au CLCC, fait-on intervenir les assistantes sociales très tôt dans la prise en charge.

2.1.4 Les évolutions de la prise en charge vers l'ambulatoire, l'hôpital de semaine, l'HAD

Les observations précédentes ne signifient pas qu'il n'y ait aucune évolution de la prise en charge des malades. On voit au contraire se poursuivre les efforts en matière d'alternative à l'hospitalisation complète : le CH2 a transféré une partie importante de son activité ophtalmologique en ambulatoire et a créé un hôpital de semaine en chirurgie ; le pôle médecine du CH3 a mis sur pied un hôpital de semaine ; le CLCC a augmenté de 90 % son activité d'hospitalisation à domicile (HAD) entre 2003 et 2007. Mais il est très difficile d'imputer à la T2A de telles évolutions qui étaient déjà en cours avant 2004, même si par exemple au CH2 le transfert d'activité s'est accompagné d'une étude médico-économique faisant intervenir les recettes T2A.

La complexité du dispositif tarifaire, avec ses chapitres spéciaux consacrés à ce type d'activité, la complexité également des changements organisationnels liés, font que, comme les animateurs des chantiers MEAH l'ont noté pour la chirurgie ambulatoire, les projets en la matière sont beaucoup plus « personnalité-dépendants » que suscités par l'incitatif économique : ils reposent sur l'intime conviction de certains acteurs quant à l'intérêt pour le malade et pour la collectivité de ce type de prise en charge. D'ailleurs, beaucoup d'acteurs, dans les établissements qui ont développé ces alternatives à l'hospitalisation, restent perplexes devant le peu d'effet apparent que ces évolutions ont sur les recettes.

2.2 L'évolution du système de gestion

Nous avons choisi d'analyser dans ce chapitre les différents sujets susceptibles d'être traités par des professionnels gestionnaires au sein d'un établissement de santé : la chaîne d'activités qui aboutit à la facturation, en passant par le codage, l'organisation du contrôle de gestion lui-même, et les outils de gestion des entités de production des soins, pôles ou services.

2.2.1 Le codage des séjours et des actes

C'est manifestement un point important, auquel se sont attaqués tous les établissements de l'échantillon. Les principes d'organisation du codage (centralisation ou décentralisation) ont peu changé dans l'ensemble, les établissements publics conservant un codage décentralisé (avec quelques nuances), le CLCC passant d'un codage centralisé à un codage décentralisé, les cliniques privées (ex OQN) gardant un codage centralisé, mais dont l'organisation a pu changer dans certains cas.

Le codage a ainsi été externalisé par la clinique 1. Dans la clinique 2, les codeurs, qui se situaient avant la T2A au niveau du groupe auquel l'établissement appartient, ont été décentralisés dans les différentes cliniques pour améliorer la qualité du codage et permettre une meilleure coordination avec le processus de facturation (cf. ci-dessous)

Mais ce qui apparaît le plus significatif sur ce thème est la mise en place quasi-générale de procédures visant à l'exhaustivité des RUM dans des délais courts et avec une bonne qualité. Ces procédures ne sont pas toujours très formalisées : il peut s'agir de simples messages sur Intranet fournissant à chacun sa position vis-à-vis de l'exhaustivité ; on a aussi affaire à de nombreuses et vibrantes exhortations, éventuellement du président de CME en Conseil exécutif. L'objectif essentiel est de convaincre le corps médical de l'absolue nécessité, pour

l'établissement, de coder vite et bien. D'autres dispositifs paraissent davantage contraignants : ainsi pour la clinique 2 les médecins ne reçoivent les honoraires liés à leurs actes que s'ils ont transmis les informations utiles au codage (libellés diagnostics et actes).

Au total, en tout cas sur notre petit groupe d'établissements, ces campagnes de sensibilisation ont porté leurs fruits, car tous sont très proches de l'exhaustivité à 100 %².

2.2.2 Le processus de facturation

Une très grosse majorité des établissements ont travaillé sur cet aspect : sept d'entre eux ont revu le processus administratif qui va de l'entrée du malade jusqu' à sa sortie (le huitième a le projet de le faire). Il faut dire que, lorsque notre étude a commencé, la perspective d'une facturation au fil de l'eau était très présente, alors que depuis elle a été repoussée dans le temps.

La difficulté liée à ce processus est de synchroniser deux sous-processus auparavant relativement disjoints : celui concernant le dossier médical d'un côté, et celui concernant le dossier administratif de l'autre.

On a alors assisté à une réforme des processus et à un pilotage plus serré de la chaîne de facturation : par exemple, au CH1 et au CH3, ont été élaborés des outils de suivi de l'exhaustivité et des délais de facturation ; au CH3 a été mise en place une cellule de gestion de l'information, destinée à traiter les problèmes liés à la facturation, notamment les rejets des CPAM ; la clinique 1 a créé un service de gestion des dossiers médicaux, destiné à contrôler la qualité des informations transmises pour le codage ; à la clinique 2, on assiste à une organisation du même type, avec par ailleurs la création d'un cadre chargé de superviser l'ensemble de la chaîne.

Dans ces deux cliniques et aussi dans le PSPH et le CLCC, la dématérialisation du dossier patient a été accélérée.

Cette préoccupation de l'efficacité de la chaîne de facturation peut aboutir à une réorganisation totale de la fonction accueil et admissions : ainsi au CHU, un pôle intitulé « pôle clientèle » cumule les fonctions d'accueil, de gestion du dossier du patient, et de facturation. Le personnel est composé de « chargés de clientèle », chacun d'entre eux devant suivre un groupe de patients d'un bout à l'autre de la chaîne. Le CH1 a adopté une organisation analogue, choisissant pour sa part la dénomination « service Patientèle », les gestionnaires de dossiers se partageant ces derniers sur la base de grands secteurs (SAU, gynéco-obstétrique, reste du MCO) Le CH2 a de son côté déconcentré le bureau des admissions au niveau des pôles. Concernant le CLCC, le bureau des entrées appartient à la direction financière, comme le contrôle de gestion et la gestion des comptes.

On le voit, les organisations qui se mettent en place sont assez variées. Elles se ressemblent toutes par un souci commun : la coordination des circuits d'information, l'équilibre rapidité/qualité (il faut bien comprendre qu'une absence de qualité peut se traduire par des pertes sèches de trésorerie, à cause des rejets de l'assurance maladie), et par des

² Cela dit, lors de nos derniers contacts avec les établissements, certains de nos interlocuteurs nous ont signalé que le taux d'exhaustivité avait diminué avec l'arrivée de la V11.

réorganisations relativement ambitieuses. C'est ici que les évolutions organisationnelles des établissements analysés sont les plus approfondies.

2.2.3 L'évolution de la fonction Contrôle de gestion

D'une façon générale, la fonction Contrôle de gestion s'est renforcée, mais surtout chez les établissements anciennement en dotation globale (ex-DG). Le CHU a recruté des contrôleurs et assistants de gestion de pôle, les premiers venant renforcer le pôle « Finances et Contractualisation », les seconds venant épauler dans les pôles le responsable administratif. Le CH1 a créé une cellule d'analyse médico-économique (DIM, responsable Patientèle, contrôle de gestion). Les CH2 et CH3 ont créé un poste de contrôleur de gestion aux CH2 et CH3. Le CLCC et le PSPH ont créé des missions de développement interne et externe. Ce mouvement est plus discret pour les cliniques, pour des raisons que nous verrons par la suite.

Mais c'est surtout l'animation autour du Contrôle de gestion qui a changé de statut et de rythme. Au CHU, par exemple, les résultats économiques des pôles sont publiés sur l'intranet et tous les pôles peuvent y avoir accès. Les questions et demandes d'explication parvenant au pôle Finances ne manquent pas. Au CH2, est publiée une note de conjoncture mensuelle, portant sur les principales évolutions économiques de l'établissement, et présentée devant le conseil exécutif. Au CH3, le contrôleur de gestion va présenter tous les ans les résultats économiques des pôles dans les bureaux de pôle respectifs. De même, le CLCC organise des réunions budgétaires régulières dans les départements, avec une participation étendue du personnel médical, celle du DIM, du contrôle de gestion.

Bien qu'il s'agisse de mouvements dont il est très difficile de mesurer l'ampleur, il est clair que le phénomène d'acculturation à la dimension économique s'est nettement accéléré avec la T2A. Certes, il existe encore des professionnels réfractaires (ce qui ne signifie pas d'ailleurs qu'ils le soient à l'économique en général, mais seulement à la traduction particulière de l'économique par la T2A), mais beaucoup de médecins estiment maintenant utile et intéressant de participer à cette animation autour de la gestion, envers laquelle ils expriment souvent beaucoup de curiosité (et parfois de l'agacement vis-à-vis de confrères qu'ils jugent peu productifs ou inconsidérément dépensiers, ce qui n'est évidemment pas neutre pour la régulation d'ensemble de l'établissement). Par ailleurs, les principes de la T2A, rapprochant le financement d'un paiement à l'acte, comme dans le secteur libéral, leur paraissent simples et adaptés à leur profession, ce qui ne veut pas dire qu'ils s'approprient tous les outils correspondants, comme on va le voir.

2.2.4 Les outils de gestion des services ou des pôles

Après le travail sur la chaîne de facturation, le développement des outils de gestion visant au pilotage des entités en charge de l'activité de base (pôles, services, départements, services médico-techniques, etc.) constitue certainement le point commun de nombreux établissements. On sait que la T2A, de par sa constitution, permet une innovation instrumentale importante à partir de la comptabilité analytique et plus précisément des CREA (Compte de résultat analytique) et TCCM (Tableau coûts case mix).

Le premier outil (CREA) n'est ni plus ni moins qu'une déclinaison en interne des comptes de résultats pour les établissements (sans être pour autant un EPRD) : pour un pôle par exemple,

on calcule ses recettes (avec un certain nombre de conventions pour les séjours multi-pôles) et ses dépenses directes et indirectes (pour ces dernières, elles proviennent à la fois du plateau technique, ventilées à partir d'unités d'œuvre associés aux actes, ICR ou B, et de la logistique, ventilées soit forfaitairement soit également par des unités d'œuvre). On peut ainsi dégager un résultat économique pour ce pôle, ce qui était impossible dans le cadre d'un budget global.

Le second instrument, le TCCM, permet de positionner les dépenses d'une entité par rapport à une entité fictive qui aurait la même structure d'activité (case-mix) et qui serait munie des coûts unitaires provenant de l'ENCC (Étude nationale de coûts à méthodologie commune). Le CREA permet de statuer sur le caractère bénéficiaire ou déficitaire d'une entité interne, le TCCM d'entrer dans l'exploration des causes du résultat trouvé par le CREA (le déficit constaté est-il dû aux dépenses de personnel médical ? paramédical ? aux prescriptions ? etc.)

Cette batterie de nouveaux instruments est impressionnante et, comme beaucoup d'autres établissements, ceux de notre étude se sont majoritairement lancés dans leur développement. Ainsi le CHU, comme on l'a signalé plus haut, a-t-il élaboré les CREA pour les pôles, et les a publiés sur l'intranet. Le thème plus particulier qu'il a choisi pour la seconde phase de l'étude est l'élaboration de comptes de résultats pour le plateau technique (un service d'imagerie ou un laboratoire ne peut se voir calculer des recettes, contrairement aux pôles cliniques, sauf pour leur activité externe) ; il s'est inspiré pour ce faire de la doctrine dite CREO (Compte de résultats par objectifs)³, où l'activité est valorisée avec un tarif choisi par consensus, qu'il s'agisse d'un prix de cession interne entre les services cliniques et le plateau technique ou encore le tarif CCAM de ville (problématique de l'externalisation).

Le CH3 lui aussi a beaucoup développé ces outils, sans aller jusqu'à la transparence totale des résultats, comme le CHU (accent mis plutôt sur les relations bilatérales entre direction et pôles, notamment dans le cadre de la contractualisation). Le PSPH diffuse quant à lui largement des comptes de résultats par service. Pour les ex-DG, là où la comptabilité analytique n'existe pas encore ou se trouve en un état embryonnaire, la mise en place de ces produits est prévue à court terme.

Cette innovation gestionnaire peut conduire à des projets relativement ambitieux, comme par exemple au CH2, où la phase II de notre étude a consisté à élaborer un schéma intégré de pilotage des pôles, en déclinant plusieurs niveaux de pilotage (stratégique, analyse, expertise), avec une spécification de la nature des outils cohérente avec chacun de ces niveaux (par exemple l'attractivité au niveau stratégique, l'activité au niveau analyse, des études ad hoc au niveau expertise⁴), et des modalités de livraison et d'examen (notamment la périodicité) de ces mêmes données, toujours en fonction des niveaux considérés. La réflexion du groupe de travail (Groupe d'Analyse Prospective) a consisté à concevoir l'architecture générale du système mais, sur la durée de notre étude, n'a pu aller jusqu'au test prévu sur un pôle médical, ce qui renvoie aux difficultés de ce type de démarche quand on veut vraiment les concrétiser.

³ Développée par le groupe de travail de l'EHESP qui a élaboré pour le compte de la MEAH un manuel sur la comptabilité analytique.

⁴ À propos des outils il est intéressant de noter que le CH2 n'a pas préconisé, comme beaucoup le font, la mise en place de CREA et TCCM pour les pôles. Du point de vue économique, deux indicateurs ont finalement été proposés au niveau « analyse » : le ratio dépenses directes du pôle sur recettes T2A du pôle et le ratio recettes T2A réalisées sur recettes T2A prévues. Comme on le voit, de multiples sous-produits peuvent être générés par le nouveau modèle de financement.

À noter également une autre innovation du CH2 : l'élaboration de l'EPRD à partir des analyses prévisionnelles des pôles, démarche qui est amorcée en 2009.

De même, la pratique de la simulation médico-économique effectuée, en général par le contrôle de gestion, pour toute nouvelle activité envisagée, a tendance à se généraliser (CHU, CH3, PSPH, CLCC). La clinique 1 a également choisi ce thème pour la seconde phase de l'étude (sur une activité existante), en élaborant, avec l'aide des chercheurs, un modèle permettant de calculer les marges sur l'activité de by-pass gastrique.

Deux points cependant méritent d'être soulignés.

Une appropriation difficile

D'une part, là où les outils de la comptabilité analytique se développent, les outils plus classiques ne disparaissent pas pour autant. Nombre de journées, d'admissions, taux d'occupation, durées de séjour, également indicateurs de qualité, comme les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation, effectifs, dépenses de consommables etc. forment l'ossature de tableaux de bord dont on scrute les résultats dans les réunions de bureau de pôle, davantage en tout cas que l'on ne se saisit des résultats du CREA. D'une façon générale l'appropriation de ces nouveaux outils par les professionnels apparaît difficile et lente ; même si les opérations élémentaires de la comptabilité analytique sont simples dans leur esprit (après tout, il s'agit pour l'essentiel de règles de trois), leur nombre est important, de nombreuses chausse-trappes existent, les raisonnements peuvent être subtils (pensons au CREA d'un service d'accueil des urgences) et les professionnels ne sont en rien formés initialement à de tels exercices.

Par ailleurs, le système de règles de la T2A évolue continûment et il est difficile de discuter de résultats qui risquent d'être bouleversés d'un exercice à l'autre. Par exemple la réflexion de la clinique 1 engagée en phase II de notre étude a été « mise en veilleuse » dans l'attente de la version V11 du PMSI, qui risquait de bouleverser des résultats relativement sensibles aux paramètres du financement.

Le fait que le résultat d'un CREA n'est valable que dans une plage de variabilité liée au caractère conventionnel des règles de la comptabilité analytique et à l'instabilité du mode de financement, choque manifestement l'esprit scientifique des professionnels, tel qu'il a été constitué lors de leurs longues études. L'apprentissage devrait du reste mettre l'accent autant sur les modes d'usage d'outils de fiabilité relative que sur les aspects techniques de ces outils.

Mais plus fondamentalement encore, c'est la potentialité de ces outils à instruire les acteurs sur les voies de progrès éventuels qui est en cause. La constatation du résultat négatif d'un CREA ne fournit pas d'indication sur les causes de ce déficit. Le TCCM n'est qu'un signal, permettant tout juste de repérer les grandes classes de dépenses contribuant au résultat. En fait CREA et TCCM sont fondés sur une nomenclature de produits, qui certes a considérablement enrichi l'instrumentation existante, mais est encore très fruste par rapport à la multitude des trajectoires de malades en cause, si bien que le passage de ces instruments à l'analyse des processus concrets de soins n'est en rien évident, et de toute façon nécessite des explorations supplémentaires, de toute autre nature.

Le secteur privé lucratif moins volontariste sur ce thème

Le second point à souligner, d'ailleurs très lié au précédent, est que dans notre échantillon, le privé lucratif est très en retrait par rapport aux établissements ex-DG sur ce sujet de la mise en place d'outils de la comptabilité analytique associés à la T2A. Les raisons invoquées sont celles que nous venons d'évoquer : imprécision, instabilité, faiblesse du diagnostic associé. Au total, ce qui est majoritairement utilisé dans ces établissements au niveau du pilotage est constitué par des indicateurs très classiques, dont le principal est du reste le nombre d'entrées. Dans une visée très pragmatique, la finesse des données issues de la T2A est trompeuse et il vaut mieux se fonder, pour orienter l'action, sur un objectif général d'augmentation de l'activité. (« réflexe » qui n'est pas propre au privé, ni d'ailleurs au cas français, mais qui semble accompagner partout l'instauration d'une tarification à l'activité). Ce fait est d'autant plus frappant à la clinique 2 qui appartient à un groupe avec une longue pratique de la comptabilité analytique, et qui du reste participe à l'ENCC. Signalons malgré tout que cette frugalité en matière d'indicateurs n'empêche pas des études de coût approfondies, telles que celle que la clinique 1 a entreprise sur le cas du by pass gastrique, mais comme on le voit, il s'agit d'opérations ciblées, ad hoc, et non de mises en place d'un système de pilotage général.

Il est possible également que cette même frugalité soit à relier à des situations économiques satisfaisantes ; une dégradation de ces dernières serait sans doute susceptible de conduire ces établissements à développer davantage ces outils. Enfin la taille de l'établissement joue certainement un rôle dans ce thème des outils ; il n'est pas étonnant que ce soit le CHU qui manifeste le plus d'appétence pour ces derniers.

2.3 L'organisation interne des services et des pôles

Nous venons de voir successivement les évolutions en matière de prise en charge des patients (peu marquées) et celles en matière d'outillage de gestion (marquées, mais accompagnées d'une appropriation difficile). Qu'en est-il maintenant du cœur même de la production, c'est-à-dire de la façon dont les processus de soins se réorganisent dans le contexte de la T2A ?

Plusieurs sujets, évidemment là aussi très liés entre eux, sont à aborder : l'évolution de la structuration de l'activité et des processus de travail, le management des unités, la recherche d'efficience.

2.3.1 L'évolution de l'activité et de l'organisation du travail

Nous avons déjà abordé ce point sous l'angle du développement des alternatives à l'hospitalisation, et donc la création d'unités dédiées. D'autres évolutions sur l'architecture des services ou des pôles ont été constatées : par exemple, le CH2 a réorganisé sa chirurgie en regroupant ses blocs de chirurgie générale et de gynécologie. Au CH3, le pôle Médecine a créé un service de gériatrie aigue. Il est difficile, cela dit, d'imputer à la T2A ces réorganisations, qui se situaient soit dans une perspective générale de rationalisation liée à une pression économique croissante, soit dans le souci d'une réponse aux besoins du territoire, avec aussi la perspective d'une augmentation corrélative d'activité⁵. On peut considérer en

⁵ Signalons cependant que le développement de la filière gériatrique au CH3 a été validé par une simulation économique.

revanche que la réorganisation interne de la pédiatrie au PSPH peut être étroitement associée à la T2A, dans la mesure où le CREA élaboré pour ce sous-ensemble a montré un déficit extrêmement important, que tout le monde certes anticipait mais qui a appuyé l'argumentation de la direction pour engager une réforme profonde. D'un autre côté cette opération s'est davantage apparentée à une sorte de plan social local, se traduisant par la suppression de plusieurs UF et le redéploiement d'une cinquantaine de postes paramédicaux. Comme dans les autres actions que nous venons de citer, il n'y a pas eu véritablement réorganisation du travail des opérateurs de soins, mais adaptation des structures aux processus existants.

C'est sur le thème de l'organisation de travail, c'est-à-dire les modes de planification de l'activité, des effectifs, des horaires, les coordinations entre acteurs, en d'autres termes la gestion des flux de patients et des informations, des processus, de l'ordonnancement des tâches⁶, que les évolutions observées au cours de l'étude sont clairement les plus modestes. Nous avons répertorié au CH2 une augmentation de la plage de fonctionnement de l'IRM (GIE public-privé) afin à la fois de diminuer les délais de rendez-vous et d'augmenter la productivité. Au CHU et au CH3, dans les pôles dirigés par des responsables très investis dans leur nouveau rôle (notamment les cadres de santé), on assiste à des efforts de mutualisation du personnel au niveau de la gestion quotidienne ; c'est dans ce chapitre qu'il faut également citer quelques actions, déjà évoquées, visant à faire sortir les patients le matin (CH3), manifestement en retrait par rapport aux objectifs, ou encore à nouer des relations avec l'aval (CLCC).

Mais au total, peu de changements notables ont été constatés à ce niveau de l'organisation fine des processus de soins, alors que, pour de nombreux observateurs, c'est là que se situent les gains potentiellement les plus importants en matière d'efficience, et également de qualité.

Ces actions sont possibles (ce qui ne veut pas dire qu'elles sont faciles à mettre en œuvre), comme le montre le chantier pilote de la MEAH sur la gestion des pôles, qui a impliqué 8 établissements (2 CHU, 5 CH, 1 privé lucratif) entre avril 2007 et décembre 2008. Les animateurs de la MEAH avaient convié les établissements à privilégier cet aspect opérationnel de leur activité (la gestion des processus de soins) par rapport au développement des outils médico-économiques, qui, à dire vrai, constituait en majorité leur projet initial. Nous renvoyons le lecteur aux documents issus de ce chantier⁷, nous contentant de faire apparaître ici le tableau synoptique des opérations lancées par ces huit établissements, pour mettre l'accent sur cette caractéristique très concrète d'organisation des processus.

⁶ Terme qui continue, en quelque sorte, la comparaison avec les processus industriels.

⁷ Notamment : Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après..., janvier 2009, à consulter sur le site de la MEAH.

Actions des huit établissements du chantier MEAH sur les pôles

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Consultations externes	définir et mettre en œuvre le processus cible pour la prise en charge des patients externes								
	contact depuis l'extérieur : organiser le bureau central des RV pour faciliter l'accueil téléphonique								
	planifier les consultations par spécialité selon l'activité réellement constatée								
	faciliter la prise de RV par les agents du BCRV : procédure unique pour toutes les spécialités								
	suivre : taux de décroché, nombre de consultations, taux d'occupation, ponctualité...								X
Programmation des admissions	définir et mettre en œuvre le processus cible pour les admissions programmées								
	pré admissions : donner de la visibilité sur l'activité								
	programmation : lisser la charge, maximiser le remplissage, tenir compte des étapes bloquantes	X	X				X	X	
	admission dans un lit : au meilleur moment de la journée, dans le bon lit								
	anticipation de la sortie : évaluation et signalement à l'assistante sociale								
	à l'hôpital de jour : horaires des admissions, liens avec la pharmacie...			X	X				
Programmation au bloc opératoire	définir et mettre en œuvre le processus cible pour la programmation								
	étude de l'activité	X							
	ré allocation des plages opératoires								
	test sur une activité volontaire								
	suivi : TROS, TVO, Temps de débordement, événements indésirables, Tx de programmation	X							
Organisation des sorties	définir et mettre en œuvre le processus cible pour les sorties								
	anticipation : préadmission, programmation, services sociaux, dates prévisionnelles de sorties								
	préparation : mise à jour des DPS, préparation des documents de sortie		X					X	
	réalisation de la sortie : horaire de sortie, documents de sortie et réfection des lits								
	autres : modalités de codage de l'activité, de production des CRH, de retour du dossier patient								
	définir et mettre en œuvre le sous processus cible organisation d'une sortie complexe								
	CRH modèle								
	modalités de production (incrémentale tout au long du séjour, transmission aux secrétaires...)		X		X			X	X
	organisation des secrétariats								
	arbitrages fondamentaux (patients sortants VS CRH en retard, délais VS complétude...)								
	procédures exceptionnelles (congé, changement d'internes...)								
	définir et mettre en œuvre le sous processus "production du CRH"								
	cartographie et annuaire des partenaires d'aval			X					
	homogénéisation des formulaires de demande								
	anticipation : obtention de l'aval avant admission si possible, renseignement DPS								
	déclenchement rapide du recours au SS								
planning des personnels non médicaux	définir et mettre en œuvre le processus de réalisation des plannings des personnels								
	adapter les ressources à l'activité (DPS, lissage de l'activité)		X					X	X
	faire jouer la solidarité intra pôle et limiter le recours à l'intérim								
	développer la polyvalence					X			
	suivre : mensualités de remplacement, dépenses d'intérim, écart prévu-réalisé		X			X		X	X
planning des personnels médicaux	définir et mettre en œuvre le processus de réalisation des plannings des personnels								
	identifier les différentes activités des différents praticiens		X						
	quantifier le temps médical disponible, clarifier les règles de gestion								
	produire une maquette d'organisation								
	définir les modalités de planification et de suivi du temps médical								
circuit du dossier	Formaliser et mettre en œuvre le circuit du dossier du patient								
	identifier les informations nécessaires à la programmation des séjours						X		
	identifier l'ensemble des lieux de stockage parallèles								
	Formaliser le circuit du dossier du patient et faire évoluer les fiches de tâches								
	suivre : signalements de dossiers recherchés, persistance des lieux de stockage alternatifs...						X		
projets de recherche	améliorer et partager les processus support de la recherche								
	documenter les processus clé (fund raising, recherche documentaire, expertises juridique, linguistique, statistique...)			X					
	identifier les indicateurs permettant de piloter l'activité recherche								
	proposer des projets de recherche communs aux différents service du pôle								

Il est frappant de constater que peu de ces actions se retrouvent dans notre échantillon ; mais il est important de souligner que cette coloration forte de l'opérationnel, de la gestion des flux et des processus, était en quelque sorte imposée par la MEAH, alors que quasiment tous les établissements avaient initialement le réflexe que nous avons observé dans notre étude pour les ex-DG, à savoir le développement d'outils issus de la comptabilité analytique. Nous ne

voulons pas dire que ces derniers sont inutiles et qu'ils constituent une impasse, mais nous voulons insister sur le fait que les voies de l'efficience passent également par un travail d'une tout autre nature, se situant à une autre échelle. Le fait que spontanément les établissements ne s'attellent que marginalement à ce travail, mais que, stimulés par un acteur externe, ils le fassent, est tout à fait significatif, à nos yeux, du manque d'une fonction au niveau de la gestion du système de production complexe que constitue l'établissement de santé.

2.3.2 Le management des pôles et des services

Dans le public, il est très difficile de distinguer sur ce thème les effets de la T2A de ceux de la nouvelle gouvernance. En outre, il est clair que le fonctionnement des pôles, par exemple, est très « acteur-dépendant » et paraît étroitement conditionné par le plus ou moins grand volontarisme des responsables, médecins, cadres, ou administratifs. Par ailleurs, on se trouve ici à la limite de notre méthode, devant prendre pour acquis les descriptions que nos interlocuteurs font eux-mêmes de leur activité.

Il semble néanmoins que la nouvelle gouvernance, davantage sans doute que la T2A, ait entraîné des infléchissements intéressants dans le pilotage des unités de soins. Au CH3, par exemple, et au pôle Médecine, le trio de pôle se réunit toutes les semaines, le bureau de pôle tous les mois, et un vrai travail de concertation se construit dans ces réunions autour du contrat passé avec la direction et du tableau de bord correspondant. Il est intéressant de noter que les objectifs assignés au pôle concernent aussi bien les aspects de qualité des soins que d'activité ou d'efficience et que ceux qui sont les mieux respectés sont les premiers, ce qui fait dire au cadre de santé qu'en effet ce n'est pas le mode de financement qui crée le changement. La fixation des indicateurs d'objectifs lui semble à ce titre très utile, comme au responsable médical, pour stimuler et canaliser les efforts. Au CHU, où le fonctionnement des pôles est très hétérogène, certains d'entre eux sont prêts à s'investir dans l'organisation ; par rapport au CH précédent, ils ont l'avantage de pouvoir bénéficier du support offert par des assistants administratifs, la fonction de coordination dévolue au responsable administratif ayant été dissociée de celle de support. Cet apport supplémentaire de potentiel d'analyse de données et de réflexion est envisagé également au CH2.

Les évolutions à ce niveau sont lentes et précautionneuses ; elles peuvent avoir des formes plus diffuses, comme celles que nous avons déjà citées pour les cliniques privées, consistant à organiser des réunions plus fréquentes entre direction et médecins. Il est clair qu'on a là des infléchissements qui, s'ils ne se traduisent pas spectaculairement dans les faits, sont susceptibles de transformer les représentations des uns et des autres, et, plus tard, de créer une réelle dynamique de transformation.

Pour l'instant, si on en reste à l'optique choisie de ne mettre en avant que les nouveaux dispositifs organisationnels objectivables, force est de constater que la démultiplication des réunions et plus généralement de ce que l'on appelle le dialogue de gestion n'a eu que des retombées modestes. Il y a là une interrogation potentielle : comment mettre en rapport d'un côté une augmentation de la charge de travail collective, liée au nouveau mode de financement et plus généralement aux réformes récentes (démultiplication de réunions, concertations négociations, d'analyses et calculs, de rédactions de notes et de rapports, etc), et de l'autre, des résultats observables assez incertains ? D'autant que l'essentiel des résultats

réside peut-être justement dans le non observable, dans une lente maturation des esprits et dans des glissements imperceptibles des représentations et des comportements.

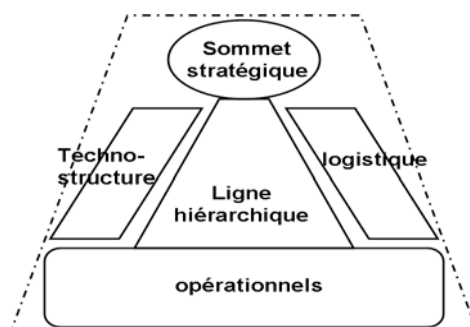
2.3.3 La recherche d'efficience

Cette préoccupation n'est pas récente ; elle est souvent liée à l'existence d'un plan de retour à l'équilibre (CH1) ou plus généralement d'une situation économique fragile. Les dispositifs de concertation dans les pôles ne sont pas sans faciliter les efforts correspondants, qu'il s'agisse de l'harmonisation des achats entre les services, de la mutualisation d'automates, d'externalisation d'activité, de la réaffectation des lits etc.

Cela dit, comme pour les actions portant sur les processus de travail, qu'elles recoupent d'ailleurs en certains points, les avancées en la matière sont lentes et peu spectaculaires.

2.4 L'organisation interne de l'établissement

Il s'agit dans ce chapitre de se placer au niveau de l'établissement dans son ensemble, pour examiner si des évolutions significatives peuvent être constatées au niveau de l'équilibre général des ressources, ou entre les différentes composantes de l'organisation, telles qu'on peut les décrire par exemple à travers le schéma de Mintzberg et plus largement au niveau des processus de décision.



2.4.1 La répartition des effectifs et des ressources

Il convient ici de signaler quelques opérations lourdes, faisant intervenir une rupture dans la structure des effectifs, et explicitement justifiées par les simulations d'impacts déjà évoquées précédemment : par exemple la restructuration de la pédiatrie au PSPH, la répartition des lits entre réanimation et soins intensifs au CH3, le rachat d'une clinique au PSPH, le calibrage de la reconstruction de la chirurgie et du pôle mère-enfant au CH2. Cet aspect se recoupe avec le thème de la stratégie, qui sera traité en dernier.

2.4.2 L'organisation d'ensemble

La T2A en elle-même a peu perturbé l'organisation d'ensemble, qui a évolué sous l'effet de la nouvelle gouvernance : mise en œuvre des pôles au CHU, aux trois CH (bien qu'à des dates différentes). Au CLCC, l'organisation en départements se substitue à celle des pôles dans le public et elle a précédé la T2A. Néanmoins, les pôles peuvent se développer selon des configurations différentes, qui marquent l'inscription plus ou moins grande du souci de

performance dans l'organisation ; notons par exemple la création d'un pôle « management général – stratégie – finances – qualité » au CH1.

D'une façon générale, on notera sans surprise le renforcement du rôle de la direction financière, du contrôle de gestion (attesté par les recrutements déjà évoqués), et aussi du DIM, avec des débats sur le rattachement de celui-ci : administration ou logistique médicale ?

Au total donc, on observe une déformation – légère – au profit de la technostructure, pour reprendre la typologie de Mintzberg.

2.4.3 Le système de décision

Sur ce point comme sur celui du management des services et pôles, nous ne pouvons nous fier, faute d'observation continue, qu'aux entretiens avec nos interlocuteurs, professionnels du soin ou administratifs. Malgré tout, il semble qu'on puisse parler, dans les établissements ex-DG, d'un développement des échanges à tonalité médico-économique, souvent au sein du conseil exécutif (on a déjà évoqué son rôle sur le codage ou encore sur l'analyse de la situation économique de l'établissement), d'un décroisement ressenti de façon mutuelle, de l'émergence d'un langage commun, d'un équilibrage des pouvoirs (et non, ce qui est souvent avancé pour les effets de la T2A, d'un basculement du pouvoir au profit du management).

Ce renforcement du dialogue de gestion se trouve amplifié par les avancées des logiques de contractualisation, en tout cas dans les établissements publics, qui peuvent aller vers des dispositifs relativement raffinés, par exemple au CH3 (contrat sur des objectifs économiques – liés aux résultats du CREA – d'activité et de qualité, avec élaboration d'une trentaine d'indicateurs cibles ; intéressement conditionné par un résultat positif au niveau établissement) ou encore au CHU. Cette contractualisation est en projet dans les autres CH. À noter qu'elle s'accompagne d'une délégation limitée (formation, intérim, petit matériel, ...), et que par ailleurs, les mécanismes d'intéressement ont manifestement du mal à fonctionner, à cause de la situation financière défavorable des établissements. Des réflexions ont lieu en ce moment dans ces derniers, d'une part pour simplifier les objectifs et les indicateurs associés au contrat, d'autre part pour fonder des mécanismes d'intéressement moins virtuel que ceux qui existent actuellement (il s'agit notamment du sujet choisi par le CH3 pour la seconde phase de l'étude). Par ailleurs, il est clair que l'instabilité des règles de financement ne facilite pas l'élaboration de contrats et de formules d'intéressement largement fondés sur les résultats économiques des pôles et des services.

La faiblesse des retombées de ces nouveaux dispositifs et leur fragilité même ne sont pas sans avoir des conséquences sur l'engagement des acteurs. Nous avons pu recueillir auprès des responsables professionnels (médecins et cadres de santé) qui s'étaient fortement impliqués dans la gestion, l'expression d'une déception et d'un découragement croissants ; certains vont jusqu'à estimer qu'ils se sont « fait avoir », qu'ils sont les « dindons de la farce », comparant leur situation à celle de leurs confrères ou même à d'autres établissements qui, de leur côté ont suivi la « ligne de plus grande pente » d'une organisation professionnelle historiquement peu préoccupée de performances économiques et gestionnaires.

Toutes ces questions concernent peu les structures privées lucratives, où les relations sont plutôt du type clients-fournisseurs, et n'ont guère été changées par la T2A, avec malgré tout, comme on l'a vu, des points de contact et de concertation plus nombreux autour des problèmes de la circulation de l'information, et éventuellement des perspectives davantage « négociatrices » à l'avenir, si, par exemple des équipements payés actuellement « en sus » de la T2A, sont réintégrés dans les tarifs, avec en conséquence des choix possibles du côté des finances éventuellement discordants par rapport aux préférences des médecins.

2.5 La gestion des ressources humaines

2.5.1 Le recrutement

Il faut d'abord noter à nouveau le recrutement récent de nouveaux emplois administratifs : contrôleur de gestion (CH2, CH3), assistants de gestion dans les pôles (CHU), de statisticiens, de chargés de développement (PSPH).

Notons aussi que, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le recrutement devient un processus davantage partagé entre les pôles et la DRH.

Dans certains sites, on commence à appliquer le principe de simulation économique aux recrutements du personnel médical (prévision d'activité, estimation des recettes). Au CHU, on estime, compte tenu des coûts induits, qu'un nouveau médecin devrait générer des recettes six à sept fois supérieures à son coût salarial. Au PSPH on a une procédure analogue, consignée dans une fiche « criticité ». Au CLCC, compte tenu des surcoûts salariaux par rapport au public, on conclut à un besoin de productivité médicale supplémentaire de 30 % pour une même activité.

Ailleurs (les CH, les cliniques) les raisonnements sont moins formalisés et font intervenir de façon plus qualitative l'attractivité, la démographie médicale, la concurrence, ...

2.5.2 La formation permanente

Dans les établissements publics, la formation fait en général partie de la délégation aux pôles. Elle peut concerner des sujets très divers, parfois connectés au nouveau mode de financement. Ce dernier apparaît également d'une part dans quelques formations légères des professionnels au PMSI et à la T2A (CLCC), dans les formations des techniciens d'information médicale (TIM) dans les cliniques privées 1 et 2, et aussi dans la fonction d'apprentissage qu'exerce auprès des professionnels le personnel spécialisé dans la gestion (contrôleurs, assistants de gestion etc.).

2.5.3 L'évaluation et l'intéressement individuel aux résultats

Aussi bien dans le CHU que dans deux CH (CH2 et CH3), un accord d'intéressement collectif par pôle est présent ou prévu dans les contrats. Cet intéressement, se traduisant pour l'essentiel par des équipements supplémentaires, est inopérant jusqu'ici, comme on l'a signalé plus haut. Le principal enseignement de la seconde phase de l'étude pour le CH3, qui portait, rappelons-le, sur la contractualisation, a été justement de remettre en cause l'assujettissement de l'intéressement des pôles au résultat global de l'établissement. Le CH3 s'oriente vers une

formule où une réserve comptable serait créée et où l'intéressement principal d'un pôle (corrigé ensuite par des indicateurs d'objectifs propres au pôle) ferait intervenir à la fois le résultat comptable de ce pôle et sa variation d'une année sur l'autre.

Un intéressement global (au niveau de l'établissement) préexistait à la T2A au CLCC, mais depuis l'irruption de cette dernière, il n'a pas été lui non plus concrétisé, l'établissement étant déficitaire (ce qui fait dire aux salariés : « la T2A a saboté l'accord d'intéressement »).

Le PSPH pour sa part a entrepris de mettre sur pied un intéressement individuel pour son personnel médical ; il a d'ailleurs fait de ce projet l'axe de travail de la seconde phase de l'étude. La mise au point de la formule d'intéressement s'est révélée assez complexe, et à la fin de notre étude, l'intéressement n'était pas encore passé dans les faits. Tout d'abord, compte tenu des systèmes d'information en place, l'intéressement ne peut pas être totalement individuel ; on ne peut mesurer une performance que pour les services. Le calcul de l'intéressement s'applique donc d'abord à une équipe, pour être redistribué ensuite aux médecins, selon un schéma à définir. Il faut par ailleurs expliciter sur quelle base définir l'intéressement ; dans la mesure où l'établissement désirait mettre sur pied une formule d'une part connectée à la T2A, d'autre part le plus possible automatique, deux variables apparaissent susceptibles de jouer pour un service donné : les recettes, en d'autres termes l'activité, et le résultat économique tel qu'il est calculé par le CREA. Mais l'une et l'autre de ces approches ont révélé des difficultés : en dehors du fait qu'elles pouvaient conduire à des sommes pouvant paraître incompatibles avec la situation financière de l'établissement, il fallait faire intervenir d'autres composantes de l'activité, comme les consultations ou encore les activités d'enseignement et recherche, cela dans des schémas de calcul de plus en plus complexes, quitte à devenir illisibles pour les intéressés. Par ailleurs, l'intéressement fondé sur l'activité se heurte très vite à des « effets cliquets » (on rémunère une augmentation, mais non une stabilisation, qui peut représenter un effort plus grand), celui fondé sur le résultat économique peut entériner des rentes de situation. Enfin, l'une comme l'autre de ces solutions se révèlent très sensibles aux changements de règles du financement, et l'arrivée de la V11 n'a pas été sans conduire la direction de l'établissement à un attentisme prudent. Cela dit, le projet n'est pas abandonné pour autant, mais on perçoit sur cet exemple le nécessaire étalement dans le temps de ce type d'évolution.

À noter qu'au CLCC préexiste à la T2A un intéressement individuel des médecins, plus simple *à priori* (prime annuelle pouvant prendre trois valeurs), fondé sur des critères composites (activité, qualité, management) dépendant d'une évaluation individuelle assise sur un entretien (contrairement au projet du PSPH).

2.6 La stratégie de l'établissement

Comme nous l'avons noté dans le cadrage méthodologique, le thème de la stratégie de l'établissement se trouve à la limite de notre démarche, qui interroge plutôt les transformations internes des établissements.

Cependant notre interaction de longue durée avec un petit groupe d'entre eux nous a permis de constater un certain nombre de mouvements intéressants à deux titres. Tout d'abord ils ne

sont pas sans rejoindre les résultats de notre analyse bibliographique initiale⁸, où, à propos des expériences étrangères, notamment nord-américaines, on notait que le paiement prospectif au séjour s'était traduit par de profondes réorganisations au niveau du tissu des organisations elles-mêmes : fusions, absorptions, partenariats, externalisations etc. Ensuite, parce que ces mouvements semblent répondre, d'une certaine façon, aux difficultés de réorganisation interne, que nous venons de parcourir dans les paragraphes précédents : ils correspondent d'une certaine façon à une « sortie par le haut » consistant, devant les obstacles de tous ordres à la diminution significative des coûts et les limites de l'augmentation des recettes, à « rebattre les cartes » par une réorientation stratégique du périmètre d'activités, qui vise à se retrouver sur une bonne trajectoire. Les orientations politiques actuelles (loi HPST) vont par ailleurs dans ce sens en encourageant la territorialisation.

2.6.1 Les alliances et partenariats

Le CH1, positionné comme hôpital référent, a un projet de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec deux CH plus petits sur le territoire (amélioration de la filière gériatrique) et noue des relations avec un établissement psychiatrique. Le CH2 a monté un GIE public-privé pour l'IRM, ce qu'a également fait le CHU pour ses IRM et Pet-Scan. Le CH2 par ailleurs vise la complémentarité avec une clinique chirurgicale, et a déjà repris l'activité d'obstétrique d'une clinique privée. C'est la même optique (de sauvetage de la chirurgie) qu'a adoptée le CH3, en négociant actuellement (non sans difficulté, une partie du personnel médical y étant fermement opposée) une association avec une clinique privée de son territoire (redistribution des activités de chirurgie et de cardiologie, partage des urgences). Le PSPH a prévu de reprendre une maternité et travaille actuellement à un rapprochement avec un CHU, afin d'atteindre une taille critique sur le plateau technique. Rappelons à ce titre la création, dans cet établissement, d'emplois consacrés au développement.

2.6.2 L'externalisation d'activités

Nous n'avons pas noté d'évolutions particulières liées à la T2A à ce niveau. Les externalisations constituent un mouvement d'ensemble datant de plusieurs décennies dans le secteur public (quant au secteur privé, on peut dire qu'il s'agit de son mode même de fonctionnement). Cette tendance, comme on le sait, a touché essentiellement la logistique (blanchisserie, restauration, entretien...). On peut noter toutefois, dans les établissements ex-DG, le développement de réflexions, à partir des outils issus de la T2A, sur la potentialité d'externalisation d'activités médico-techniques (par exemple au CHU, lors de la phase II de l'étude sur le tableau de bord médico-économique de l'imagerie, et à propos de certaines activités partielles, telles la scintigraphie), mais les approches, là encore, sont très prudentes, et restent pour l'instant au niveau de modélisations chiffrées.

2.6.3 La restructuration de l'offre

Par ce terme nous entendons des évolutions de l'offre des soins (en équipements et compétences humaines) qui ne sont pas de l'ordre de la « stratégie au sommet », que nous avons évoquée ci-dessus et qui recomposent le paysage même hospitalier par le développement de coopérations inter-établissements sous des formes juridiques diverses, mais

⁸ Elle est reproduite en annexe 10.

constituent des évolutions internes, plus modestes, visant à modifier, souvent à la marge, le panel d'activités offert à la population.

Nous avons déjà évoqué le développement de l'ambulatoire, qui nous semble relever de forces relativement indépendantes de la T2A. Dans le même ordre d'esprit, il peut être intéressant de noter que les cliniques de notre échantillon ne se fondent guère sur la T2A pour définir leur portefeuille d'activités. Comme le disait un directeur de la clinique 2 : « Ce n'est pas la T2A qui fait l'activité ». La fixation du portefeuille d'activités est une affaire d'opportunité, dépendant d'une analyse des besoins et des complémentarités sur le territoire. Dans ces conditions, on peut parfaitement fermer les yeux, au moins dans un premier temps, sur la rentabilité, au sens de la T2A, des activités que l'on choisit de développer (ce qui relativiserait le discours connu sur la sélection des patients, à ceci près que le maintien du paiement à l'acte des médecins introduit bien, de son côté, et très explicitement d'ailleurs, une telle sélection).

Dans les établissements publics, nous avons pu observer que la structuration en pôles pouvait conduire les responsables médicaux à définir une stratégie médicale propre, en coopération avec les chefs de service qu'ils coordonnent. Ainsi dans le pôle Médecine du CH3, où une filière gériatrique aigue a été créée, avec à la clef redéploiement de lits et recrutement d'un médecin. Le responsable médical du pôle estime même qu'il s'agit là d'une fonction essentielle d'un pôle car ce sont les professionnels eux-mêmes qui sont en capacité, beaucoup plus que l'échelon du management, de savoir quels sont les besoins du territoire de santé, grâce au réseau constitué avec leurs confrères, hospitaliers ou libéraux, avec lesquels ils sont en relation continue. Là encore, c'est sans doute davantage la nouvelle gouvernance qui joue que le mode de financement, mais, comme on l'a noté, les établissements publics se sont lancés, bien davantage que les privés dans l'élaboration et la diffusion des outils médico-économiques issus de la T2A. Dans ces conditions, le développement de la filière gériatrique au CH3 s'est accompagné d'une simulation économique effectuée par le contrôle de gestion, conduisant à la constatation d'une opération équilibrée. On a là la création d'un « filtre » nouveau, qui reste sans doute « à larges mailles » : on ne sait pas si un résultat économique défavorable aurait changé le cours des choses. D'ailleurs, dans le même établissement, les simulations budgétaires effectuées sur le secteur réanimation et soins intensifs, montrant le caractère coûteux de l'utilisation des lits de soins intensifs comme post-réanimation, n'ont en rien changé le comportement du chef de service, qui du coup est entré en conflit avec son responsable de pôle.

Les faits observables liés sont donc encore marginaux (on peut citer à nouveau les calculs faits au CHU pour la justification du recrutement d'un médecin, qui ne constituent pas non plus un couperet, mais qui ne sont pas sans effet sur les représentations), mais ils sont sans doute à surveiller à l'avenir : il y aurait là un bruit à basse fréquence de la T2A, qui jouerait comme une « pression savante » sur les choix d'activité des médecins, et qui déformerait peut-être à terme l'offre dans des amplitudes supérieures à celle des grandes décisions stratégiques, cela par la succession de mouvements semblant tous mineurs. On conçoit cela dit qu'une telle observation n'est en rien évidente.

3. Conclusions générales

En conclusion générale de cette étude, nous proposons une interprétation des constats développés au chapitre précédent, en recherchant les facteurs explicatifs permettant de comprendre la coexistence d'effets d'ampleur très différente selon les thèmes abordés.

Cette analyse est issue en priorité de la mise en perspectives de nos interventions dans les établissements de l'étude. Mais nous soulignerons également qu'elle a tiré profit :

- d'une part des échanges entre établissements qui ont eu lieu lors des trois réunions de mise en commun à la DREES, où les participants ont pu faire part de leurs analyses générales en tant que professionnels de santé,
- d'autre part de nos propres réflexions d'intervenants en milieu sanitaire, sur diverses problématiques d'organisation et de gestion, dans le cadre de missions et études pour la MEAH, telles que celle évoquée précédemment sur le pilotage des pôles, ou celles concernant la gestion et l'organisation du temps médical et soignant.

3.1 De la gestion à l'organisation : des effets contrastés

3.1.1 Un impact fort sur l'innovation instrumentale de gestion médico-économique

L'introduction de nouveaux outils

La première tendance nette, surtout dans les établissements ex-DG, réside dans le développement d'innovations instrumentales de gestion, qui visent à outiller des analyses dites « médico-économiques », jugées aujourd'hui indispensables avec la T2A, et qui concernent en particulier les services ou pôles, à qui il est demandé de développer de nouvelles approches de leur activité.

Au niveau des services et des pôles, les exemples sont nombreux (bien au-delà des établissements de notre échantillon) : tableaux de bord, indicateurs, outils d'analyse de l'activité, CREA (comptes de résultat analytique), TCCM (tableau coûts case-mix), fiches budgétaires, fiches de préparation de l'EPRD, etc. Le lien avec la nouvelle gouvernance est clair, puisque le pôle devient en général une unité de référence pour circonscrire le périmètre de définition des outils. Cependant, lorsque l'on se penche sur le contenu de ces outils, on remarque de nombreuses variantes dans la façon de définir les indicateurs, dans le nombre et le niveau de détail des indicateurs, ou dans le degré d'accessibilité des informations (réservées aux utilisateurs concernés ou plus largement accessibles dans l'établissement).

Cette variété des nouveaux outils de gestion tient à la coexistence de deux finalités qui peuvent donner lieu à des approches diversifiées selon la taille des établissements, les outils déjà en place, le volontarisme manifesté par les acteurs, etc :

- d'une part il s'agit de mieux connaître l'activité médicale (GHS, répartition des séjours par durées, profils des patients, origines des entrées, ...),

- d'autre part, il s'agit de caractériser son efficience (notion souvent difficile à définir et dépendante de nombreux facteurs) pour impulser une optimisation des organisations.

On constate également une tendance à développer des logiques de responsabilisation appuyées sur ces outils de connaissance de l'activité et de l'efficience :

- soit formellement à travers des contrats annuels de pôle, qui définissent de manière concertée des objectifs de progression, des moyens associés, et les modalités de reconnaissance de l'atteinte de ces objectifs,
- soit de façon plus informelle, à travers l'utilisation faite de ces informations dans les relations entre acteurs, à différents moments du management (discussions budgétaires, négociation d'investissements, choix de développement d'activités, ...).

Des difficultés d'appropriation par les acteurs

Cependant, la mise en œuvre de ces outils ne va pas de soi, et l'on constate souvent que leur appropriation par les acteurs est une œuvre de longue haleine.

Ce constat s'explique si l'on considère que ces outils doivent établir un compromis entre deux finalités partiellement contradictoires :

- d'un côté, il s'agit de représenter des activités d'une très grande variabilité, et d'éclairer la notion d'efficience, ce qui pousse à des dispositifs relativement complexes, pour que les informations conservent un pouvoir descriptif suffisant et évitent des raccourcis trop réducteurs,
- d'un autre côté, il s'agit que les acteurs directement concernés trouvent un sens opérationnel à leur utilisation, ce qui pousse plutôt à des dispositifs « robustes ».

La nouveauté de ces démarches dans la culture médicale a induit des tâtonnements pour trouver un niveau de complexité adéquat au contexte. Il nous semble discerner aujourd'hui, après une première phase de découverte de ces outils où certains établissements ont été assez loin dans leur développement, une tendance à revenir à une certaine simplicité des instruments mis à disposition des services et pôles, en distinguant deux niveaux d'utilisateurs :

- les utilisateurs de terrain (médecins, soignants) pour lesquels l'objectif est de donner des points de repères opérationnels,
- les utilisateurs gestionnaires, soit au niveau central (DAF, DIM), soit en fonction gestionnaire dédiée dans les pôles, dont la mission nécessite la mise en œuvre d'analyses plus fines et complexes en termes d'activité et d'efficience.

On débouche alors sur une problématique élargie de la mise en œuvre de ces innovations gestionnaires, qui donne autant de place aux processus d'utilisation et à l'articulation de différents niveaux d'approche de l'analyse médico-économique, qu'à la conception « technique » elle-même.

Par exemple, certains établissements renoncent aujourd'hui à une diffusion large des CREA ou des TCCM dans les pôles et services, considérant que l'usage de ces outils est trop complexe, et peut de plus alimenter dans certains cas des phénomènes indésirables de concurrence entre pôles ou entre médecins. Pour autant, ces outils conservent leur utilité pour les gestionnaires centraux ou pour le DIM, lesquels doivent par contre imaginer d'autres modalités de dialogue gestionnaire sous des formes innovantes, dont nous avons vu des exemples dans les établissements (cellule d'analyse médico-économique, processus d'élaboration de l'EPRD, ..).

3.1.2 Des impacts organisationnels différenciés

Si l'on centre maintenant l'attention sur les évolutions en matière de réorganisation des activités ou des services, le constat est plus modeste, en particulier en ce qui concerne les organisations des services de soins.

Des réorganisations autour des fonctions administratives et gestionnaires

Les innovations gestionnaires évoquées plus haut portent aussi sur les activités qui constituent la chaîne de traitement administratif du patient. Sur ce plan, contrairement aux outils orientés vers les services, le constat est partagé entre les établissements publics et privés. Les deux catégories se trouvent en effet face à des enjeux analogues en matière d'optimisation et de sécurisation des recettes. Les nouveaux indicateurs permettent notamment d'assurer la vigilance sur la qualité et la fiabilité du processus de codage et de facturation.

Dans un certain nombre de cas, ces évolutions gestionnaires se sont prolongées dans de véritables réorganisations, avec de nouvelles répartitions du travail, des évolutions de compétences, des réaménagements de locaux, des adaptations du management opérationnel, ... Dans les cas les plus aboutis, il peut y avoir création de nouvelles entités organisationnelles structurées par le processus de prise en charge administrative du patient (services patientèle, bureaux d'admissions décentralisés).

Des processus d'activité médicale et soignante peu remis en question

Mais ce passage de l'innovation gestionnaire à l'innovation organisationnelle est beaucoup plus rare au niveau des processus de prise en charge des patients par les médecins et les soignants.

Quelques expérimentations localisées concernent notamment des évolutions des modes de prise en charge : par exemple, une nouvelle répartition des lits entre hospitalisation complète, hospitalisation de semaine ou hospitalisation de jour (notamment en chirurgie). Cependant, cette reconfiguration de la capacité en lits, qui permet d'améliorer l'attractivité de l'offre sur un certain nombre de pathologies, et d'optimiser le case-mix en termes de recettes, ne s'accompagne pas nécessairement d'une réorganisation profonde de l'organisation du travail. Elle ne semble pas, en outre, être liée directement à la T2A, dont le rôle incitatif, sur ce type d'activité, apparaît pour le moins ambigu.

On note également parfois des démarches intéressantes pour mieux organiser les processus de sorties, en jouant à la fois sur l'anticipation et sur une meilleure gestion des relations avec les structures d'aval.

Ces innovations dépendent souvent du volontarisme de quelques acteurs-clefs en position d'impulser des démarches : selon les cas, ce peut être le contrôleur de gestion, le DIM, le Président de CME, un responsable de pôle particulièrement investi dans la conduite d'un projet de changement, ... Des événements ponctuels tels qu'une reconstruction de locaux, un investissement dans un équipement lourd au plateau technique, ou bien encore une évolution importante de l'activité (par exemple la fermeture d'une activité privée sur le territoire) peuvent également constituer des opportunités de remise en cause d'organisations existantes.

Cependant, nous n'avons pas le sentiment d'une tendance lourde de réorganisation des processus de travail dans les services et les pôles, qui serait directement liée à la T2A. De plus, les dynamiques de changement observées se révèlent souvent assez longues à mettre en œuvre (en s'étalant parfois sur plusieurs années) et assez laborieuses, en termes de mise au point des nouvelles modalités d'organisation, des outils de gestion associés, d'implication progressive des acteurs, de temps d'apprentissage, ... Les améliorations de performance sont de ce fait lentes à se manifester, et peu visibles à court terme. De nombreuses études et observations soulignent les gains potentiels importants liés à ce thème de l'organisation du travail, mais la réalité du terrain montre que ces gains sont difficiles à concrétiser.

3.2 Une interprétation des freins observés

3.2.1 Trois facteurs explicatifs associés

Les constats qui précèdent peuvent s'expliquer en partie par les caractéristiques générales de l'activité hospitalière, et en partie par les mécanismes propres à la T2A et à sa démarche d'implantation au cours des années récentes.

La complexité inhérente au changement d'organisation dans un système de soins

Indépendamment de la T2A, il est connu de longue date que la conduite du changement organisationnel dans un établissement de soins se révèle hautement complexe, pour un ensemble de raisons conjuguées.

Tout d'abord, si l'on reprend la typologie des organisations proposée par Mintzberg⁹, l'hôpital constitue un prototype d'une organisation professionnelle très qualifiée, dans laquelle les mécanismes de régulation s'opèrent davantage par la standardisation des qualifications, plutôt que par une standardisation des processus.

Ensuite, l'hôpital est un lieu où coexistent différentes logiques d'acteurs (médecins, soignants, gestionnaires, ...), dont le décroisement est toujours difficile.

Enfin, d'un strict point de vue organisationnel, la qualité et l'efficacité des processus de prise en charge des patients nécessitent la coordination, dans le temps et dans l'espace, d'une

⁹ « Le management – voyage au centre des organisations », H. MINTZBERG, Éditions d'organisation.

pluralité d'intervenants de nombreuses catégories professionnelles différentes, sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité et également incertaines, malgré les efforts de protocolisation. Cette coordination est donc techniquement complexe, et nécessite toujours des compromis rendus délicats par les deux facteurs précédents (conflits de logiques, enjeux de pouvoir, zones de flou sur le pouvoir d'arbitrage, ...).

La complexité et l'opacité des dispositifs de gestion de la T2A

À cette complexité consubstantielle à tout système de soin vient s'ajouter une complexité directement issue des mécanismes de la T2A.

Si le principe fondateur de la T2A est simple dans son énoncé, et aisément compris de la plupart des acteurs concernés dans les établissements, force est de constater que les choses deviennent rapidement beaucoup plus complexes lorsque l'on entre dans les rouages du dispositif et des outils de gestion qui en sont issus.

Tout d'abord, les caractéristiques techniques de la T2A ne favorisent pas une lecture aisée de l'activité et de ses évolutions, du fait, entre autres :

- du grand nombre de GHS (démultiplié aujourd'hui avec la V11),
- de l'existence de plusieurs sources complémentaires de recettes (MIGAC, ATU, ...),
- du manque de points de repères sur la hiérarchie relative des tarifs au sein d'une même spécialité,
- des notions de bornes haute et basse des durées de séjour comme facteur correctif,
- ...

En outre, au-delà de cette représentation complexe de l'activité médicale, les outils mis au point dans le but d'aider les acteurs de terrain à développer des analyses médico-économiques de leur activité, se révèlent également difficiles à maîtriser sans un socle de connaissances gestionnaires qui est loin d'être partagé par tous. Par exemple, les CREA (comptes de résultat analytique) renvoient à des notions de comptabilité assez précises (unités fonctionnelles, unités d'œuvre, affectation des charges directes et indirectes, clés de répartition, ..) tandis que les TCCM (tableaux coûts case-mix) correspondent à une démarche intellectuelle particulière (se comparer à un service fictif dont la structure d'activité serait analogue).

Aussi, malgré les efforts de pédagogie et de conviction souvent déployés par les DIM ou les contrôleurs de gestion, l'appropriation généralisée de ces outils reste un objectif difficile à concrétiser au-delà d'un noyau relativement restreint de médecins et de cadres qui, soit du fait de formations antérieures, soit du fait de leur motivation pour découvrir ces nouvelles approches, deviennent des utilisateurs avertis (voire dans certains cas des experts) de ces différents outils.

La plupart des autres acteurs, même de bonne volonté, se sentent démunis pour savoir comment utiliser ces outils et, surtout, comment faire des liens avec des pistes concrètes sur le pilotage des pôles ou services, sur l'amélioration de leurs modes de fonctionnement ou de leurs méthodes de travail. Les effets potentiels de ce type d'actions en termes de recettes ou de rentabilité au sens des CREA sont très difficiles à modéliser et donc à anticiper, du fait de

l'opacité des mécanismes d'articulation entre l'activité médicale et les indicateurs de performance.

Pour nombre de médecins, l'association des deux termes « médico » et « économique » reste donc largement de l'ordre du théorique ou de l'incantation. S'ils voient bien comment les préoccupations économiques sont à l'origine de ces changements, ils ont beaucoup plus de mal à percevoir le lien avec leur activité médicale et à discerner leur « intérêt à agir ».

L'instabilité permanente des règles

Cette complexité s'est trouvée de plus exacerbée, au cours des années récentes, par l'instabilité permanente des règles de la T2A : versions successives de la classification des GHM, changement des tarifs, circulaire dite des « actes frontières », traitement de certains forfaits, etc (voir sur ce point en annexe le document consacré à l'analyse détaillée des effets des diverses modifications pour un établissement).

Le premier effet de cette instabilité est de rendre encore plus difficile la définition de stratégies d'action pertinentes et efficaces. En supposant qu'un établissement ait pu, à un instant donné, définir une stratégie d'évolution de son activité et mettre en chantier les changements d'organisation adaptés à cet objectif, il ne lui est nullement garanti que cette stratégie reste efficace dans la durée, si des modifications substantielles de tarifs ou de règles d'affectation des séjours aux GHS surviennent.

En d'autres termes, cette instabilité des règles conforte les tendances déjà présentes à la prudence et à un certain attentisme, en instillant des doutes sur la possibilité d'être « gagnant » avec la T2A. La crainte souvent exprimée est que, d'une façon ou d'une autre, les gains obtenus par des actions volontaristes soient « récupérés » au profit des seuls enjeux financiers d'équilibre général du système de santé (notamment sous forme de baisse de tarifs), et ne puissent donc être orientés au bénéfice des acteurs du terrain. Le même mécanisme s'observe d'ailleurs dans le cadre des démarches de contractualisation, lorsque la situation déficitaire de l'établissement empêche un pôle actif de bénéficier des résultats de son investissement sur des actions d'amélioration. La question de la reconnaissance des efforts réalisés localement se pose donc de façon sensible.

Signalons enfin, même si ce phénomène ne s'est rencontré qu'à la fin de notre étude, que l'arrivée de la V11 ne paraît pas faciliter actuellement le développement des projets de fond sur l'organisation des processus de soins. En effet, cette nouvelle version a introduit des changements importants dans les règles de classement des séjours, notamment avec l'introduction des quatre niveaux de sévérité et avec l'adaptation de l'algorithme de définition du GHS. De ce fait, selon les établissements, cette évolution a remis à l'ordre du jour une problématique d'optimisation et de fiabilité du codage (amélioration des comptes-rendus d'hospitalisation), qui était considérée comme maîtrisée dans l'ensemble. Elle recentre à nouveau le dialogue entre gestionnaires et médecins sur les seuls enjeux financiers, au détriment probablement des efforts sur l'organisation. Pour autant, malgré les craintes initiales issues des premières simulations, il ne semble pas, sauf exception, que la V11 modifie radicalement l'équation financière des établissements.

3.2.2 Les difficultés d'une adaptation « rationnelle » des acteurs du soin à la T2A

Les considérations précédentes nous conduisent finalement à questionner l'hypothèse fondatrice de cette étude, à savoir la possibilité d'une adaptation « rationnelle » des acteurs (même s'il s'agit d'une rationalité limitée, au sens de Herbert Simon).

Cette hypothèse revenait à considérer que les modifications structurelles du système de règles de financement devaient inciter les acteurs à rechercher une optimisation rationnelle de leurs organisations et modes de fonctionnement, afin de tirer le meilleur parti du nouveau cadre qui leur était imposé.

Ce raisonnement s'est révélé adéquat à la sphère des dispositifs gestionnaires, soit directement liés à la chaîne de facturation (qui conditionne immédiatement les flux de recettes), soit destinés à construire de nouvelles représentations des activités des services et de leur efficience. Par contre, lorsque l'on se porte du côté de l'organisation des activités de production des soins (la prise en charge des patients et l'organisation de leurs séjours), le constat est plutôt celui d'une incapacité des acteurs à définir des stratégies de changement. En particulier, les nouveaux outils de gestion des pôles et services « embrayent » difficilement sur les organisations, dans le sens où ils sont rarement des facteurs déclenchants de projets de changement.

Nous avancerons l'idée que la T2A a enfermé les acteurs dans un paradoxe dont il leur est difficile de sortir :

- à un premier niveau, la T2A apparaît comme un mécanisme simple dans son principe, aisé à comprendre, qui tend de ce fait à focaliser l'attention sur l'optimisation des recettes, dans des contextes souvent tendus sur le plan financier,
- mais, lorsqu'il s'agit de concrétiser cette orientation, les acteurs se trouvent face à une difficulté importante de construire un lien « contrôlable » entre leur organisation et l'efficacité économique, et la recherche des leviers d'action opérationnels est extrêmement complexe.

Faut-il, finalement, relier directement, au niveau du terrain, la recherche d'une amélioration des organisations à la mesure d'une efficacité économique et financière dans le champ défini par la T2A et ses outils associés ? Sur ce plan, nous nous retrouvons proches des conclusions de l'étude pilotée par la MEAH sur les pôles¹⁰, qui met l'accent sur l'importance de travailler en priorité sur ce qu'elle appelle la « gestion des opérations » (gestion des lits, processus d'entrées-sorties, programmation d'activités, ...). Citons un extrait de ce rapport : *« Le parti-pris de ce chantier était que cette dernière dimension, la gestion des opérations, était moins explorée et pas toujours maîtrisée par les responsables des pôles, qui semblaient plutôt avoir une appétence pour la définition de stratégies et l'analyse des recettes et des dépenses ... Or, il est raisonnable de penser que les réelles marges de manœuvre ainsi que la légitimité du pôle se situent au niveau de l'amélioration de ses opérations. »*

¹⁰ « Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après », MEAH, rapport de phase 1, janvier 2008 et rapport final, janvier 2009.

3.3 Des effets positifs notables sur les coopérations entre acteurs

Cette modestie des effets observables de la T2A sur l'évolution d'une partie importante (et même essentielle) de l'organisation, doit être contrebalancée par des effets plus significatifs sur la nature des coopérations entre les différents acteurs.

Vers un langage commun sur l'activité

Tout d'abord, il semble que la T2A ait ancré dans la majorité des esprits l'idée qu'une approche médico-économique de l'activité médicale devenait incontournable.

Le lien établi par la T2A entre les paramètres financiers de l'établissement et une représentation formalisée de l'activité médicale, via les GHS, contribue à ce résultat. De ce point de vue, le processus de codage en lui-même, lorsqu'il a été décentralisé, a constitué un vecteur de changement, malgré les fréquentes difficultés rencontrées pour aboutir à une bonne fiabilité.

La diffusion d'outils tels que les tableaux de bord de services et de pôles a également participé de cette évolution (par exemple avec des informations systématiques sur les GHS les plus présents dans l'activité, ou sur le poids moyen du cas traité). Certes, ces informations étaient la plupart du temps déjà produites et accessibles dans le cadre du PMSI, mais leur structuration plus systématique et leur utilisation plus fréquente à l'occasion de temps de travail en commun entre les gestionnaires et les médecins et cadres de santé, leur ont conféré un poids et une légitimité plus forts. Notamment, leur association avec des informations d'ordre économique (à un niveau de base, par la connaissance des recettes correspondantes à l'activité, et à un niveau plus détaillé par des informations sur l'efficacité, par les CREA ou TCCM) a probablement réduit les décalages d'approche entre les acteurs.

Une tendance au décloisonnement

Beaucoup de témoignages concordent pour affirmer une évolution positive dans les modes de coopération entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin.

Dans le secteur public, la conjonction de la nouvelle gouvernance et de la T2A se manifeste concrètement par la mise en œuvre fréquente des « trios de pôle » où la dimension gestionnaire est associée au management du pôle (par la présence d'un directeur délégué, ou d'un apport d'expertise par le contrôle de gestion).

Ce décloisonnement s'observe également dans la façon dont les DAF et les DIM organisent leurs relations, le DIM pouvant jouer un rôle important de passerelle avec le corps médical selon la façon dont il est positionné dans l'organisation et selon son parcours antérieur. Notons également l'existence de cellules d'analyse médico-économique ou de groupes transversaux « ad-hoc » dont la finalité est d'organiser le croisement des analyses.

3.4 Quelles perspectives ?

Le paysage qui se dessine à l'issue de cette étude offre un mélange contrasté entre le constat d'une grande énergie déployée par les acteurs pour concevoir et implanter de nouveaux outils

de gestion et de nouvelles modalités de travail coopératif, et le sentiment d'être face à de puissantes « forces de rappel » qui freinent considérablement leur capacité à aller au bout de la dynamique enclenchée, par une réelle transformation des organisations de processus de soins.

En conséquence, plus que de grandes tendances de changement, nous sommes tentés de parler « d'effets de capillarité », d'ampleur très variable selon les lieux et les acteurs, très diffus dans les organisations, et marqués par des rythmes temporels lents.

Peut-on faire un pronostic sur les évolutions à venir ? Deux hypothèses s'offrent.

Une première hypothèse, optimiste, consiste à dire que les germes de changement, dont nous avons vu de nombreuses formes, peuvent produire, à un horizon pas trop lointain, suffisamment de fruits pour atteindre une sorte de « masse critique » qui engendrerait une accélération de la dynamique de transformation des organisations.

Une seconde hypothèse, pessimiste, serait que la difficulté à surmonter la complexité et à obtenir des résultats visibles mobilisateurs, associée au maintien d'une instabilité des règles, ne décourage les acteurs pionniers. Seules subsisteraient alors les innovations d'ordre gestionnaire.

Nous soulignerons pour conclure les principaux facteurs qui seraient de nature, à nos yeux, de soutenir la concrétisation de la première hypothèse.

- Progresser dans une stabilisation des règles pour créer un environnement plus sécurisant et plus favorable à l'anticipation pour les acteurs des établissements. Il semble que le régulateur s'en préoccupe actuellement, une réflexion étant engagée avec les fédérations sur une planification, liée au calendrier législatif, des processus d'évolution du dispositif.
- Renforcer dans les établissements les compétences organisationnelles orientées sur les activités médicales. Il est incontestable que la T2A constitue un incitatif opérant pour inscrire de façon durable le « souci de gestion » dans le fonctionnement hospitalier et pour progressivement instaurer de nouvelles formes de communication entre les acteurs. Par contre, notre étude a montré combien le passage à l'action sur les organisations de production des soins restait difficile, dans la mesure où les seuls dispositifs gestionnaires, même qualifiés de médico-économiques, ne suffisent pas à guider de façon sûre les professionnels de terrain pour concevoir d'autres modes d'organisation. En d'autres termes, l'enjeu est de compléter la T2A sur la dimension organisationnelle.
- Renforcer les démarches de valorisation et de diffusion des innovations organisationnelles (qui émergent malgré les difficultés, mais restent très dépendantes de contextes locaux favorables et du volontarisme de certains acteurs), dans l'esprit de ce qui a été fait par la MEAH : expérimentations, séminaires, groupes de réflexion, évaluations de projets, outils méthodologiques, ...

Liste des sigles utilisés

ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Forfait « Accueil et traitement des urgences »
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREA	Compte de résultat analytique
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études et de la statistique
DAF	Direction administrative et financière
DG	Dotation globale
DIM	Direction ou département de l'information médicale
DRH	Direction des ressources humaines
EHESP	École des hautes études en santé publique
ENCC	Étude nationale de coût à méthodologie commune
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
GCS	Groupe de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GIE	Groupe d'intérêt économique
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Loi « Hôpitaux – Patients – Santé – Territoires »
IDE	Infirmière diplômée d'État
IRM	Imagerie à résonance magnétique
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OQN	Objectif quantifié national
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PSPH	Établissement participant au service public hospitalier
RH	Ressources humaines
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SAU	Service d'accueil des urgences
T2A	Tarification à l'activité
TCCM	Tableau coût case-mix
TIM	Technicien de l'information médicale
V11	Version n° 11 de la classification des GHM

Annexe 1 - Le cas du CHU

1. Contexte de l'établissement

1.1. Données générales

Le Centre hospitalier universitaire étudié est de taille moyenne dans sa catégorie. Il se compose d'environ 700 lits en médecine, 400 en chirurgie, 100 en gynéco-obstétrique, le reste étant du SSR et du long séjour. Il est multi-site.

1.2. Le Projet d'un hôpital monosite

Dans le but de réduire les effets liés à l'éclatement actuel des sites, le CHU engagé un projet d'unification des divers sites sur un site unique situé. Plusieurs raisons ont conduit à cette décision :

- des transferts inter sites coûteux,
- des doublons fonctionnels. Certaines fonctions sont reproduites sur plusieurs sites. C'est le cas de la pharmacie, de la restauration, des blocs, de l'anesthésie, des laboratoires, des services techniques et des services biomédicaux,
- une organisation géographique qui impose un dédoublement des équipements (scanner, automates d'analyse...) ou des effectifs de secrétariat ou des astreintes de garde.

1.3. La santé financière de l'établissement

L'hôpital est déficitaire. Le déficit enregistré en 2007 correspond à environ 5 % du budget. Un plan de retour à l'équilibre a été engagé, depuis deux ans avec la DHOS et l'ARH. C'est un contrat qui engage l'hôpital à optimiser son offre de soins et à adapter progressivement ses moyens aux activités « rentables » de l'établissement.

En contrepartie, l'État s'est engagé, à compléter les aides de soutien aux investissements futurs déjà présentes (contribution du plan Hôpital 2007, elle-même venant en ajout de l'aide au niveau régional décidée par l'ARH).

2. L'organisation interne des services et des pôles médicaux

Le CHU est organisé depuis 2005 autour de 16 pôles cliniques, médicotechniques et de gestion. Les 12 pôles cliniques et médico-techniques sont pilotés par des coordonnateurs médecins. Les différentes directions administratives du CHU sont regroupées en quatre pôles.

Cette réorganisation a été également accompagnée d'une démarche de contractualisation et d'une délégation de gestion variable selon les pôles. Cette variabilité dépend du degré de responsabilisation et d'implication des pôles dans l'atteinte des objectifs de réduction du déficit de l'établissement

Accompagnée de la T2A, la création des pôles constitue une réorganisation profonde de l'établissement.

Chaque pôle est géré par une équipe constituée d'un coordonnateur de pôle (médecin), d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif.

Le rôle du coordonnateur de pôle est de gérer le pôle, notamment en organisant les ressources dédiées aux différents services du pôle, dans le cadre des dotations globales du pôle. Pour cela, il doit engager et obtenir le consensus de ses collègues sur des actions de rationalisation économique et prioriser, en échange, les demandes en moyens supplémentaires.

Le cadre supérieur de santé est chargé de la continuité des soins, en veillant à la mise en adéquation des besoins humains du pôle avec les effectifs et les plannings de travail des personnels soignants. Le cadre administratif encadre les secrétaires médicales, effectue le suivi de la contractualisation interne relative au pôle, notamment en matière d'activité et de budget. L'assistant administratif de pôle gère également le personnel administratif et signe le planning.

Les assistants considèrent que leur activité est très structurée par la direction financière. Avec l'arrivée de la T2A, ils aimeraient se saisir davantage du volet contrôle de gestion au sein des pôles.

3. État des lieux sur les impacts de la T2A (première phase de l'étude)

3.1 Le codage

Le codage est décentralisé. Les médecins codent 100 % des actes. Pour certains, c'est beaucoup de temps administratif et de temps ordinateur et ils soulèvent la question de l'intéressement.

3.2 La chaîne de facturation

La gestion de la facturation est de la responsabilité du pôle support « clientèle » à travers le suivi des recettes et de leur recouvrement et la gestion administrative du patient.

Depuis 4 ans, il a été décidé de supprimer les bureaux d'entrées pour les remplacer par une chaîne de facturation intégrée (accueil, identités patients, facturation). Des chargés de clientèle auxquels il a été affecté un portefeuille de dossiers sont responsables des dossiers qu'ils créent, gèrent et facturent..

L'activité des chargés de clientèle est suivie à partir de deux indicateurs : le stock des dossiers encours et la durée moyenne de traitement. Aujourd'hui la durée moyenne est de 30j à la sortie du patient, l'objectif étant de la réduire de 8j en 2008.

Avec les formations et l'effet apprentissage 60 % des effectifs sont à l'heure actuelle en possession de l'ensemble des compétences nécessaires à ces nouvelles fonctions.

Les dossiers des chargés de clientèle absents, pendant une certaine période, sont repris ou redistribués aux autres. Les chargés de clientèle incitent les patients à régler les frais de soins en externes à la sortie de consultation ou d'examen. Un pool de remplacement a été constitué afin de renforcer les points d'accueil en cas d'absence des agents prévus sur le planning. Les agents auparavant affectés au bureau des archives sont en poste sur les différents sites afin

d'aider les chargés de clientèle au classement. Ils ont à vérifier l'état de facturation du dossier et lorsqu'il est soldé.

3.3 Délégation et contractualisation avec les pôles

L'établissement a été désigné comme établissement expérimentateur de la nouvelle gouvernance hospitalière dès 2003. Les grands principes de cette expérimentation ont été validés par les instances de l'établissement début 2004.

Suite à la constitution des pôles, un mouvement de contractualisation a été lancé entre la direction générale et les coordonnateurs de pôles.

Le premier contrat signé est celui avec le pôle néphrologie. Ce contrat, d'une durée d'un an, (i) fixent les modalités d'engagement sur des objectifs d'activité et des objectifs économiques et des moyens délégués au pôle et (ii) formalisent le mode de fonctionnement du pôle, les indicateurs de suivi de sa gestion, les mécanismes incitatifs liés aux résultats du pôle.

Ce premier contrat donne une idée de la philosophie poursuivie et des modes de coordination qu'il serait susceptible d'induire. Par exemple, une définition d'objectifs cibles détaillés par service (nombre de greffes rénales par exemple), les actions prévues pour les atteindre, l'horizon d'atteinte de ces objectifs, les moyens humains associés, les modalités de financement et les indicateurs de suivi (nombre de greffes réalisés, taux de reprises chirurgicale, nombre de donneurs vivants par exemple).

Le contrat de pôle est également une déclinaison au sein du pôle néphrologie du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et des orientations stratégiques du CHU : contribution à l'excellence régionale en cancérologie, l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge globale des patients et la fluidité (chirurgie ambulatoire, ...),

En échange le pôle dispose d'une délégation de gestion des ressources humaines et des investissements en équipement. Le coordonnateur du pôle néphrologie gère le volume de demi-journées des praticiens attachés et la répartition des moyens entre services. Ce qui soulève quelques tensions avec les chefs de service, qui peuvent contourner les coordonnateurs des pôles pour négocier directement avec la direction générale.

Globalement, le principe d'un engagement est accepté par les médecins, c'est un discours qui selon eux passe bien, c'est un raisonnement logique qui rejoint le privé. Le contrôle sur l'activité médicale est plus présent qu'avant. La direction chasse les gaspillages au niveau des médecins tout en leur demandant de faire plus.

Les différentes clauses du contrat pôle résultent d'une négociation entre le Directeur général, le Président de la Commission médicale d'établissement, les doyens des facultés de médecine et de Pharmacie et le coordonnateur de pôle. Les délégations de gestion font l'objet d'une décision du Directeur Général.

Des réunions hebdomadaires sont organisées par le pôle néphrologie pour le recensement des besoins en postes de personnels médicaux et non médicaux en fonction des départs programmés, des besoins nouveaux ou des propositions de transformations d'emplois.

3.4 Une articulation forte entre organisation en pôles et mise en place de la T2A

La mise en œuvre de la contractualisation interne a supposé une coordination plus forte entre les unités, services « producteurs de soins », les pôles et la direction générale.

La contractualisation interne a fait émerger, en ce qui concerne plus particulièrement les fonctions de direction, la distinction entre :

- des fonctions de coordination, qui conduisent la direction financière à être les interlocuteurs directs des coordonnateurs de pôles pour la définition et le suivi des objectifs et des moyens,
- et les fonctions « support », qui conduisent les attachés de pôle, sur la base de d'indicateurs et de données financières définis par la direction financière, à fournir aux pôles les retraitements comptables nécessaires à la mise en œuvre des dispositions contractuelles établies.

Dans ce cadre, les modalités d'intéressement sont un point central dans cette coordination. Compte tenu de la situation financière de l'établissement et du contrat de retour à l'équilibre signé pour les 3 années à venir, les recettes dégagées par le pôle se répartissent en trois parties :

- une partie contribuant à la résorption du déficit de l'établissement,
- une partie consacrée au développement d'activités nouvelles au sein du pôle,
- une partie revenant au pôle sous forme de crédits de recherche et de formation.

3.5 L'émergence d'un métier d'attaché, relais administratif dans les pôles

Le CHU a recruté 6 attachés administratifs de pôles. Ce sont des relais administratifs et financiers dans les pôles. Un des rôles importants de ces cadres est constitué d'un travail d'ordre pédagogique et d'explication des chiffres économiques envoyés par la direction financière. Ce travail est fait auprès des médecins.

Chaque attaché a la charge de deux pôles. Ce sont des cadres A, recrutés par concours et formés en 6 mois au fonctionnement de l'hôpital. Ils participent toutes les semaines aux réunions de CMA, pour faire le point sur les problèmes rencontrés et sur les tâches à répartir entre les personnels soignants et administratifs.

L'attaché de pôle, se charge de retraiter les tableaux de bord financiers trimestriels reçus de la direction financière pour éclairer des questions spécifiques à la demande du coordonnateur. Ce sont souvent des arbitrages financiers qui sont en jeu : comparer par exemple l'hôpital de semaine et l'hôpital du jour sur le plan financier, opportunité de recruter du personnel soignant ; examiner les difficultés financières ou les demandes de tel ou tel service ; analyser le nombre de consultation, l'état de facturation... Ce travail est conduit dans les pôles selon des modalités différentes.

Dans le cas du pôle néphrologie, un bureau se réunit tous les mois, l'attaché administratif rappelle lors de ces réunions, l'état financier du pôle par service. Lors des premières réunions, la discussion sur les données économiques par service était relativement opaque pour certains médecins. Aujourd'hui, 4 services sur 6 du pôle adhèrent totalement à la démarche et suivent de près leurs indicateurs de recettes et de dépenses. Dans les autres pôles l'enthousiasme reste

moyen, les médecins demandent, cela dit, de plus en plus d'explications sur les règles de ventilation des dépenses par service.

De nombreux sujets relatifs à la rationalisation des coûts et suscités par la T2A, sont traités au sein des réunions de pôles :

- Pour le pôle imagerie, le surcoût de la scintigraphie en hôpital de jour a conduit à l'externaliser.
- En endocrinologie, la réaffectation des lits est envisagée à cause d'un faible taux d'occupation.
- Pour la CGO, l'activité amniocentèse en hôpital de jour devrait être rationalisée.
- Pour les pôles locomoteur et néphrologie, la mutualisation d'une partie du personnel soignant ou des secrétaires est mise en place.
- Pour le pôle biologie, la mutualisation des automates, des moyens d'exploration fonctionnelle, des échographes, des tensiomètres est envisagée.
- La mutualisation des gardes est également discutée. Mais ce sujet semble délicat pour l'instant. Beaucoup de personnels font une partie de leur revenu sur les gardes, une mutualisation peut entraîner une baisse de leur salaire.
- En cardiologie, l'arrêt éventuel de ce qui coûte comme la rééducation des patients est posé.
- En orthopédie, la qualité du codage pour réduire les écarts est surveillée à cause d'une insuffisante intégration des comorbidités dans les GHS.

Dans ces réunions de pôles, l'amélioration de la performance d'un service est très appréciée et soulignée « *l'urologie a baissé sa durée de séjour, tout le monde a applaudi* ». Les situations inverses sont également pointées du doigt dans ces réunions sans chercher forcément sur le moment à les solutionner. Les performances de l'hémodialyse, par exemple, ont nécessité un accompagnement de 6 mois pour augmenter l'activité de 10 %. Pour cela, le pôle a gelé 1 poste de dialyse (IIDE) demandé par ce service tant que l'amélioration n'est pas amorcée. Le service a trouvé des leviers d'amélioration, en augmentant les plages d'ouverture et en recrutant des patients qui reviennent plus souvent...

En échange des efforts économiques engagés par les pôles, des moyens supplémentaires sont accordés aux services avec une priorisation des demandes construite en réunion de pôle.

Au sein du pôle biologie les réunions sont moins formalisées, mais traitent également les questions liées au redéploiement des postes de techniciens. Un suivi financier est également présent au sein de ce pôle. Il s'agit d'une analyse détaillée des recettes et dépenses trimestrielles. On peut signaler les limites de cet exercice pour ce pôle dans la mesure où ses recettes sont déterminées par les services cliniques. Son seul levier reste la réduction des dépenses et la mutualisation des moyens cf. phase II de l'étude).

3.6. Une instrumentation économique plus importante légitimée par la T2A et la nouvelle gouvernance

Le secteur contrôle de gestion du pôle finances et contractualisation comprend 8 personnes et vient de recruter un statisticien pour l'exploitation de bases de données, la réalisation de tableaux de bord et le traitement d'enquêtes statistiques. Le pôle élabore les tableaux de bord T2A, la gestion des fichiers, les réponses aux enquêtes nationales, régionales, le retraitement comptable, le rattachement des molécules onéreuses et des prothèses aux GHS, le suivi du codage centralisé. Ce pôle est un maillon essentiel dans la réorganisation de l'établissement

en produisant l'instrumentation économique qui fournit des éléments d'évaluation des performances des activités médicales.

Aujourd'hui, les services et les pôles ont accès à l'ensemble des données économiques ventilés par service via l'Intranet de l'établissement. Lors de sa mise en place de celui-ci, plus de 600 connexions ont été enregistrées.

- Un tableau de bord par activité détaillée par pôle (nombre de lits, entrées et évolution/n-1, DMS et évolution/n-1, Taux d'occupation et évolution/n-1).
- Un compte de résultat pour chacun des pôles et des services composant les pôles (équilibre charges en coûts complets / produits, et détermination d'un excédent ou d'un déficit).

Les principaux outils et indicateurs mis en place sont :

- Nombre de séjours par GHS, comparés à 10 autres CHU de même taille.
- Consultations externes pour chaque pôle (et services composant les pôles).
- Résultats détaillés par pôle et par service (hospitalisation, activités externe, activité Hors T2A., activités des blocs).
- Recours au plateau techniques des unités médicales MCO (équivalents B labo consommés, équivalents ICR blocs chirurgical consommés, ICR bloc obstétriques consommés, équivalents ICR imagerie consommés, équivalents ICR explorations fonctionnelles consommés, équivalents ICR anesthésie consommés, équivalents ICR radiothérapie consommés).
- Recettes des hospitalisations en € des différents CR.
- Séjours Multi-CR : répartition des recettes (base et extrêmes) pour les séjours d'un CR donné.
- Valorisation de l'activité externe publique en euros par service (facturable 2006) recensé 2007, facturable 2007, Facturé 2007, évolution facturable et taux de facturation).
- Production d'ICR (actes CCAM) des services (patients hospitalisés et externes).
- Case-mix des GHS produits (nombre de séjours, recettes, tarif GHS, DMS, écart DMS CHU, Age moyen, Écart âge).
- Analyse du case-mix : comparaison 2007-2006 et comparaison inter CHU (27 CMD évalués en nombre de séjour, PMCT, DMS...).

D'une façon générale, le travail sur l'instrumentation économique est très suivi notamment sur l'analyse des coûts, L'accompagnement du corps médical dans l'appropriation de ces outils est réelle, le rôle de la direction financière est central dans ce processus.

Les chefs de pôles veulent de plus en plus avoir les chiffres des autres pôles. Des réunions de CME classent régulièrement les pôles les plus déficitaires. La performance du CHU est également comparée systématiquement avec d'autres CHU. Par exemple le pôle médecine est surconsommant sur deux postes par rapport aux autres CHU : le personnel médical et le plateau technique. En revanche pour le personnel soignant, on constate une productivité supérieure par rapport aux autres CHU.

La T2A et ses outils économiques encadrent de plus en plus les activités du CHU. Il est demandé de façon croissante des chiffres individuels et collectifs, notamment lors du recrutement de médecins en leur faisant préciser leurs prévisions de recettes qui doivent couvrir 6 à 7 fois son coût.

Annexe 2 - Le cas du CH 1

Note : Le CH n° 1 a souhaité se désengager de l'étude après l'état des lieux compte tenu de ses autres projets en cours. Ce document restitue l'état des lieux initial (début 2008).

1. Contexte de l'établissement

1.1 Données générales

Le CH 1 comprend environ 240 lits MCO et 12 places. S'y ajoutent 60 lits de SSR et 250 lits d'hébergement de gériatrie. Il comprend également un service d'Urgences, ainsi qu'un service de Réanimation de 8 lits (plus 6 lits de soins continus). L'effectif médical est de 65 PH (ETP).

Indicateurs d'activité (2007)

- 16.000 entrées MCO, une DMS de 4,1 jours et un taux d'occupation de 70 %,
- 22 000 passages aux Urgences (hors urgences pédiatriques),
- 47 000 passages en soins externes,
- Valorisation théorique T2A 100 % : 39,6 M€.

1.2 Contexte économique et financier

Le budget de l'établissement est de l'ordre de 60 M€. En 2007, il a enregistré un déficit de 3,2 M€, supérieur aux prévisions compte tenu d'une baisse d'activité enregistrée en 2007 par rapport à 2006 (environ -1,5 % en entrées).

Un plan de retour à l'équilibre a été élaboré et devrait procurer 1 M€ d'économies. Les prévisions de résultat pour 2008 font état d'un déficit de 200 k€. Cette estimation a été faite avant connaissance du coefficient de transition pour l'application de la T2A à 100 %, qui est de 91,8 % début 2008. Cette sous-dotation pèse pour 3,2 M€ de non recettes (donc d'aggravation du déficit), à activité constante, ce qui continue d'amputer la dynamique d'activité de ces dernières années, avec création de services nouveaux non rémunérés.

1.3 Projets en cours

L'établissement est engagé dans plusieurs projets qui peuvent avoir un lien avec la problématique de la T2A :

- la structuration en pôles est en cours de mise en œuvre,
- une mission MEAH sur la mise en œuvre de la comptabilité analytique a démarré en octobre 2007,
- un audit sur le bloc opératoire est en cours (dans le cadre d'une démarche régionale).

2. Premier état des lieux sur les impacts de la T2A

2.1 L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients

Pas de changement repéré. Cependant, cette problématique est évoquée par la Direction comme un objectif essentiel pour la réussite de la T2A. Il s'agit d'arriver à une réflexion sur

les processus de travail et sur les parcours de soins, en conciliant les objectifs de qualité des soins et d'efficacité économique.

Du côté des médecins rencontrés, c'est surtout la pression sur l'activité qui est ressentie. Ils ont l'impression d'un basculement vers une préoccupation principalement financière, avec des risques sur les missions de service public.

En creusant un peu plus, on s'aperçoit qu'ils ne sont pas hostiles par principe à une démarche de recherche d'efficacité (qu'ils estiment d'ailleurs pratiquer déjà depuis longtemps), mais qu'ils ont beaucoup de mal à voir comment utiliser concrètement, dans une logique d'analyse médico-économique, les éléments d'informations qui leur sont donnés. Ceci renvoie à la question des tableaux de bord, de leur lisibilité, et de la pédagogie associée. Pour l'instant, les médecins se sentent noyés par l'information, et considèrent passer déjà beaucoup de temps à des activités extracliniques (codage, réunions) qui les pénalisent par rapport à leur cœur de métier. Le président de CME estime à 25 ou 30 % le temps supplémentaire au-delà du temps clinique.

2.2 L'évolution du système de gestion

2.2.1 Le codage

Le codage des séjours et des actes est décentralisé dans les services (sauf pour certains codages de consultations externes). Il n'existe pas de méthode unique formalisée, chaque service définissant son organisation interne.

La DIM relève des difficultés techniques liées à l'ancienneté du système informatique :

- le codage ne donne pas directement le GHM au médecin,
- on ne peut pas alimenter directement le grouper, plusieurs interfaces intermédiaires sont nécessaires.

Ces difficultés devraient être partiellement résolues avec le renouvellement du dossier patient informatisé et l'évolution du système d'information (cf. § 2.2.3).

La DIM dispose de 3 TIM, chacune étant la correspondante d'un ensemble de services. La démarche est de travailler en proximité avec les services (réunions périodiques avec les cadres et les médecins). Globalement, la DIM estime que les médecins jouent bien le jeu et que la qualité des données est satisfaisante (excellente exhaustivité).

La DIM réalise des fiches techniques de codage sur un certain nombre de difficultés. Elle souhaiterait que les actes en chirurgie soient saisis au bloc directement.

Un outil spécifique pour les consultations externes

Le service Patientèle a conçu un outil spécifique pour les consultations externes, afin d'améliorer l'exhaustivité et les délais de facturation.

Les actes NGAP sont saisis par la Patientèle, et les actes CCAM par les unités de soins (mise en place de référents au niveau des secrétariats médicaux).

Cet outil est en cours de test et sera évalué au 1^{er} trimestre 2008.

2.2.2 Les outils de gestion du service ou du pôle

Les services et pôles ont accès directement à PMSI Pilot (depuis 2005) via l’Intranet. Il est difficile de savoir exactement le degré d’utilisation, mais certains indices laissent penser que les données sont consultées : réclamations en cas de retard, demandes de rectification de certains chiffres. Les services ont tendance à se comparer les uns aux autres.

Par ailleurs, les services et pôles reçoivent des tableaux de bord mensuels, réalisés par la DIM à partir de PMSI Pilot, selon une structure commune qui peut être précisée à la demande des chefs de service. Par exemple, le tableau de bord de réanimation comporte :

- la valorisation globale de l’activité en T2A,
- la répartition des séjours par sexe, tranche d’âge, modes d’entrée et sortie,
- la répartition par catégorie majeure de diagnostic,
- les 20 premiers GHM, avec les journées, DMS, et chiffre d’affaires,
- les 30 premiers diagnostics principaux,
- les comorbidités associées sévères,
- les actes classants.

Deux outils complémentaires pour les pôles sont en cours d’élaboration, dans le cadre de la mission MEAH, avec un objectif d’opérationnalité en 2008.

Un tableau de bord médico-économique de pôle, trimestriel

Ce tableau de bord comprendra :

- les informations classiques sur l’activité (entrées, journées, DMS, taux d’occupation, consultations),
- les modes d’entrée et sortie,
- la liste des premiers GHM (représentant 50 % de l’activité valorisée),
- des indicateurs de ressources humaines (personnel médical et non médical),
- les dépenses médicales.

Un compte de résultat analytique par pôle (CREA)

Cet outil, réalisé sur le modèle du CREA, permettra de disposer d’une lecture des dépenses (ventilées en charges directes, médico-techniques et logistiques) et des recettes (par titre).

Une difficulté technique rencontrée est l’impossibilité, dans le système de gestion actuel, de ventiler les recettes de soins externes par pôle.

D’une façon générale, il semble nécessaire de travailler sur la lisibilité des informations pour les médecins (notamment sur l’analyse des coûts), et de développer le rôle d’aide à la décision de ces outils (optimiser les coûts tout en préservant la qualité de prise en charge). L’accompagnement du corps médical dans l’appropriation effective de cette logique médico-économique est un enjeu important.

2.2.3 Le processus de facturation et l'évolution du contrôle de gestion

Dans le cadre de la mission MEAH, une cartographie du système d'information a été établie. Ce travail fait apparaître la nécessité de nombreuses opérations d'interfaçage entre les différentes composantes du système. On note par ailleurs la nécessité de renouveler le dossier patient informatisé car le système actuel ne sera plus maintenu par le CHU (projet lancé en 2008). Globalement, le système d'information est perçu comme lourd et pas assez réactif.

Les objectifs mentionnés pour 2008 : travailler sur l'intégration des données sur l'ensemble de la chaîne de l'entrée à la sortie du patient, renforcer l'interface avec la patientèle, renforcer et automatiser les points de contrôle.

L'évolution de l'organisation du service Patientèle

Un impact important de la T2A a été la refonte de l'organisation du service Patientèle, qui a été effective en juin 2006.

Auparavant, de façon classique, l'organisation du travail distinguait le « front office » (l'accueil des patients au bureau des entrées) et le « back office » (la facturation, répartie entre le traitement courant et les contentieux). La nouvelle organisation est fondée sur le principe de prise en charge complète des dossiers des patients (les agents deviennent des gestionnaires de dossiers). Ceci a nécessité une évolution des profils d'emplois, et des actions de formation, de façon à assurer la polyvalence nécessaire.

Concrètement, les agents sont répartis entre plusieurs pôles correspondant à la nature des patients et à 3 lieux d'accueil (admissions MCO, SAU jour et SAU nuit, Gynéco Obstétrique), auquel s'ajoute un pôle accueil général – standard. Le traitement des dossiers est réalisé au sein d'une plateforme technique, où les agents se déplacent. Un certain nombre d'agents ont été formés pour pouvoir travailler dans deux pôles différents, l'objectif étant d'étendre progressivement la mobilité entre les pôles d'accueil. Une fonction d'animatrice de pôle a été définie afin d'assurer le suivi des procédures qualité et de servir de relais avec l'encadrement.

Pour 2008, une demande de budget d'amélioration des locaux (100 k€) a été faite pour permettre de positionner les gestionnaires de dossiers dès l'accueil principal, afin d'améliorer la qualité de prise en charge administrative.

À terme, il est envisagé de décentraliser la fonction d'accueil et de gestion des dossiers dans les pôles médicaux. Des réflexions sont en cours concernant l'accueil en Imagerie et en Gynécologie-Obstétrique.

Plus largement, l'objectif est de travailler sur la synergie entre les gestionnaires de dossiers et les secrétariats médicaux. Mais ce sujet est très délicat, et source de tension avec les médecins. Par ailleurs, du point de vue financier, cette organisation-cible serait a priori plus coûteuse qu'une organisation centralisée. Cette question sera à traiter dans le cadre global du pôle PCA (voir ci-dessous § 2.4).

La relation DIM – Patientèle

C'est la DIM qui donne le feu vert de facturation chaque mois, vers le 15. Ceci laisse la fin du mois à la Patientèle pour réaliser le travail de facturation.

Ce mode de fonctionnement induit un rythme de travail très différent entre les deux moitiés du mois pour la Patientèle.

Création d'une cellule d'analyse médico-économique

Une cellule d'analyse médico-économique démarre en 2008. Sa composition est la suivante : DIM, contrôle de gestion, responsable patientèle, directrice adjointe. Elle doit se réunir à fréquence mensuelle pour travailler sur les problématiques des pôles.

Dans un premier temps, elle s'est concentrée sur les conséquences de la structuration en Pôles. Elle a réexaminé la liste des unités fonctionnelles, de façon à disposer d'une base solide pour la mise en place de la comptabilité analytique. Elle va ensuite travailler à définir les clefs de répartition pour la ventilation des charges indirectes entre les UF.

2.3 L'organisation interne des services et des pôles médicaux

2.3.1 L'évolution de l'activité et l'organisation du travail

L'implantation des pôles est encore trop récente pour noter des évolutions significatives à ce niveau. On peut néanmoins souligner que, dans le cadre de la préparation de l'EPRD 2008, des réunions ont été programmées au 1^{er} trimestre 2008, entre la cellule médico-économique et les responsables de pôle, afin d'analyser l'évolution de l'activité et les prévisions de recettes. Ces réunions préfigurent un mode de fonctionnement qui devrait progressivement, avec l'aide des outils de gestion précédemment évoqués, intégrer davantage la logique gestionnaire et la logique d'activité des pôles.

2.3.2 Le management

Le management des pôles repose pour l'instant sur le coordonnateur médical et le cadre de santé. Par manque de ressources disponibles, le choix a été fait de ne pas formaliser de fonction gestionnaire dans le management des pôles (il n'y a pas non plus de directeur délégué comme dans d'autres établissements). Les pôles sollicitent donc l'appui de ressources gestionnaires en fonction des besoins.

2.4 L'organisation interne de l'établissement

2.4.1 La répartition des effectifs et des ressources

La gestion des effectifs a été impactée par le plan de retour à l'équilibre. En 2007, les économies réalisées sur le titre 1 ont été de 520.000 € (sur un total de 15 M€ environ). Ceci a été réalisé par des non remplacements de départs en retraite, le gel des mensualités d'été, la limitation des avancements, etc.

On note une évolution qualitative dans la façon d'analyser et de commenter les difficultés rencontrées au niveau des ressources. Un risque a été souligné, qui peut peser sur les relations internes dans l'établissement : celui de faire porter aux médecins la responsabilité principale dans les difficultés économiques (« ils n'arrivent pas à ramener de l'activité »). Certains notent aussi que, paradoxalement, la T2A peut amplifier une tendance à se replier sur son service plutôt que de jouer la logique des coopérations au sein des pôles.

La gestion des effectifs au niveau des pôles est un thème de réflexion. Mais les gains d'une mutualisation ne sont pas nécessairement très élevés, car beaucoup d'efforts de rationalisation ont déjà été faits. Il faudrait probablement aller plus loin dans la remise en cause des organisations.

2.4.2 L'organisation d'ensemble

L'organisation en pôles a été officialisée en juin 2007. Elle est structurée de la façon suivante.

Pôles d'activité médicale

- Médecine
 - Chirurgie
 - Mère Enfant
 - Urgences - Réanimation - Anesthésie
 - Gériatrie
- (à chaque pôle est associé un ensemble d'unités prestataires)

Pôles médico-techniques

- Pharmacie – Stérilisation
- Radiologie – Laboratoire
-

Pôles de gestion

- Management général – Stratégie – Finances – Qualité
- Ressources Humaines (incluant la Direction des Soins)
- Ressources physiques (hôtelières et logistiques)
- Prise en Charge Administrative du patient.

Un élément à souligner est la constitution du pôle Prise en Charge Administrative du patient (PCA), qui regroupe :

- la patientèle (cf. § 2.2.3),
- la prise de rendez-vous,
- les secrétariats médicaux,
- les archives médicales,
- les assistantes sociales,
- les transports sanitaires.

Ce pôle est officiellement créé, mais pas encore installé concrètement. Un certain nombre de difficultés doivent être gérées, concernant en particulier l'organisation des secrétariats médicaux. En effet, une proposition de mutualiser les ressources au niveau des pôles d'activité médicale (qui faisait partie des actions du plan de retour à l'équilibre) a suscité une opposition des médecins et a été retirée.

Pour le pôle « Management général – stratégie – finances – qualité », la T2A correspond à une évolution importante, voire une « révolution » dans la façon de positionner son activité dans l'hôpital.

On notera enfin que la DIM a été rattaché au Pôle Pharmacie stérilisation, car le corps médical, pour des raisons déontologiques, ne souhaitait pas qu'il soit rattaché à un pôle gestionnaire.

D'un point de vue qualitatif, plusieurs personnes rencontrées ont souligné que la T2A, associée à la structure en pôles, modifiait les habitudes de fonctionnements relativement cloisonnés entre les pôles médicaux et les pôles « prestataires », notamment administratifs et gestionnaires : « *On apprend à travailler ensemble* ». Il semble de ce point de vue que les esprits évoluent assez vite, malgré le handicap que constituent des outils parfois inadaptés.

2.4.3 Le système de décision

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le Conseil Exécutif a été mis en place.

Il existait déjà un Comité Stratégique réunissant l'équipe de direction, le bureau de la CME, un représentant par organisation syndicale, et la DIM. Cette instance « informelle » permet de préparer les instances officielles sur les projets essentiels, et continue de fonctionner.

2.5 La gestion des ressources humaines

2.5.1 Le recrutement médical

Plus que par la T2A, les recrutements médicaux devraient être impactés dans les années à venir par les évolutions démographiques (un grand nombre de médecins vont partir en retraite). La question sera de pouvoir attirer de nouvelles compétences, compte tenu des pénuries prévisibles dans certaines spécialités, et de la concurrence du CHU. Ceci renvoie aussi à l'évolution du projet médical.

2.5.2 La formation permanente

Une démarche est en cours pour décentraliser l'élaboration du plan de formation au niveau des pôles. Ceci permettra de prendre en compte de façon plus fine le lien avec les projets du pôle. La Commission formation conserve un rôle de cohérence globale et d'arbitrage.

2.5.3 L'évaluation et l'intéressement aux résultats

Pas de changement repéré.

2.6 La stratégie de l'établissement

Depuis plusieurs années, la stratégie de l'établissement a été orientée par le projet d'être reconnu comme « hôpital pivot » puis « hôpital référent » sur son territoire. Ceci a conduit à développer des partenariats avec d'autres CH plus petits (consultations avancées, prise en charge jusqu'en 2006 d'une partie de l'anesthésie d'un CH, fonctions partagées, ...).

Cette stratégie a été confortée et amplifiée par l'annexe « orientations stratégiques » du CPOM signé en 2007, qui a fixé les orientations suivantes :

1. Formaliser la démarche de complémentarité avec 2 CH (projet de GCS).
2. Conforter la place de l'établissement dans la filière gériatrique.

3. Inscrire l'établissement dans la filière AVC.
4. Conforter le positionnement de l'établissement sur les disciplines médicales.
5. Mettre en œuvre des coopérations avec l'établissement psychiatrique voisin) notamment en logistique et sur l'intervention des psychiatres.
6. Mener la restructuration architecturale de l'établissement.
7. Développer un projet « Santé publique, prévention et éducation à la santé ».

Par rapport à la T2A, ces orientations posent la question de la valorisation des activités réalisées en réseau ou en partenariat (par exemple les consultations avancées). Jusqu'à présent, ces activités ne faisaient pas l'objet de conventions avec les établissements partenaires, mais ceci devrait évoluer.

Globalement, ce contexte pose la question de l'intégration de la T2A dans une approche territorialisée de l'activité hospitalière.

Annexe 3 - Le cas du CH 2

1. Le contexte de la T2A

1.1 Caractéristiques de l'établissement

Le CH 2 comprend environ 500 lits et places en MCO. C'est l'établissement de référence de son bassin de vie. Il est situé à environ 1h et 1h30 des CHU les plus proches.

Son effectif est d'environ 1800 ETP non-médicaux et de 195 ETP médicaux. Ses principaux indicateurs d'activité en 2008 sont les suivants :

- 53 000 séjours et séances, une DMS de 5,34 jours et un taux d'occupation de 85 %.
- 30 000 passages aux urgences.
- 103 000 consultations.

Le budget 2008 était de l'ordre de 143 M€, avec un déficit de 0,5 M€. Le déficit en 2006 était de 2,9 M€. Un plan de retour à l'équilibre a été négocié pour les années 2006 à 2009. Pour l'application de la T2A à 100 %, l'établissement était sous-doté : le coefficient de transition, début 2008, était de 96 %.

1.2 Un établissement en évolution

L'étude des effets de la T2A se situe dans un contexte marqué par d'autres projets, en particulier l'évolution de l'offre de soins et la mise en place de la nouvelle gouvernance.

1.2.1 L'évolution de l'offre de soins

L'établissement a engagé un projet global de reconstruction des Pôles chirurgicaux, médico-techniques, et Femme – Enfant, sur le site existant (ce qui a nécessité une conduite de projet par tranches et l'acceptation d'une période transitoire dans l'utilisation des locaux existants). Les nouvelles installations doivent ouvrir en 2009.

Un projet de territoire a été élaboré. Il prévoit en particulier le développement des complémentarités avec la clinique privée (seul établissement privé en MCO sur le territoire), compte tenu de la perspective de difficultés en termes de démographie médicale. D'ores et déjà, l'IRM est organisée via un GIE public-privé. L'activité obstétrique s'est fortement accrue à partir de 2005 en raison de la fermeture de la maternité privée.

L'établissement attire une population qui déborde le cadre départemental. Cependant, le relatif enclavement géographique a pour conséquence que les possibilités de développement quantitatif de l'activité restent modérées (sauf évolution structurelle de la répartition public-privé comme en maternité). Ce contexte est important à avoir à l'esprit dans l'analyse des effets de la T2A sur les stratégies médicales, d'autant que des difficultés de recrutement sont rencontrées sur certaines spécialités du fait de l'attractivité plus forte des CHU voisins.

1.2.2 La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance

La structuration en Pôles a été définie en 2006, avec 7 pôles médicaux, 1 pôle médico-

technique et 2 pôles de gestion (Ressources et Management). À noter que le DIM est rattaché au pôle Ressources.

Pôles médicaux

- Urgences – Réanimation
- Médecine et Pathologie vasculaire
- Médecine et Cancérologie
- Chirurgie – Bloc – Anesthésie
- Femme – Enfant
- Gériatrie – MPR
- Psychiatrie

Le Conseil Exécutif fonctionne à un rythme mensuel. Il comprend, outre le Directeur et le Président de CME, 4 médecins désignés par la CME dont 2 responsables de pôle, et 4 directeurs désignés par la Direction.

Chaque pôle est piloté par un médecin chef de pôle, un directeur délégué et un cadre supérieur de santé. Le projet est de renforcer le management opérationnel de pôle en introduisant une fonction de cadre administratif de pôle. Outre son rôle propre au sein du pôle et selon le principe de subsidiarité, le cadre administratif, à côté de compétences de contrôle de gestion (suivi des tableaux de bord médico-économiques, statistiques diverses...), sera l'interlocuteur privilégié du pôle ressources (coordination administrative du projet de pôle en collaboration étroite avec le cadre supérieur de santé). L'idée est de prévoir 0,5 ETP par Pôle, en redéployant des effectifs des Pôles de gestion. Cette fonction de cadre administratif de pôle reste cependant encore à préciser, tant au niveau des profils de poste que des ressources redéployées.

La stratégie de la Direction est de développer autant que possible la délégation de gestion en s'appuyant sur les contrats de pôle. Un contrat-type a été élaboré en 2008, qui prévoit cinq domaines de délégations :

- la gestion des effectifs non-médicaux (hors recrutement, gestion de carrières et notation), dans le cadre d'un volume global annuel,
- la gestion des effectifs médicaux, dans les mêmes conditions,
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le développement ou la création d'activités dans le cadre des effectifs annuels,
- la gestion des relations avec les pôles prestataires (contrats clients-fournisseurs).

En contrepartie de la délégation de gestion, un montant de dépenses pour chaque domaine de délégation sera défini chaque année, avec des règles spécifiques laissant la possibilité au Pôle de transformer certains moyens en les adaptant à ses projets. Des indicateurs d'évaluation seront définis pour chaque Pôle.

Trois types d'intéressement collectif aux résultats obtenus sont envisagés :

- maintien de la totalité ou d'une partie des moyens budgétaires en cas de gain de gestion ou de productivité (après concertation avec le Conseil Exécutif sur la proportion conservée, pour maintenir un équilibre entre l'intérêt du Pôle et l'intérêt collectif),

- marges de manœuvre dans la gestion interne des emplois (possibilité de transformation de postes),
- enveloppe de petits travaux d'entretien ou de petits matériels.

La part complémentaire variable des praticiens, si elle existe, fera partie des éléments d'intéressement contractuel. De même, le temps de travail additionnel et les heures supplémentaires pourront faire l'objet d'une contractualisation collective basée sur un développement d'activité.

Cependant, la démarche de contractualisation n'a pu encore aller jusqu'à son terme. Les principes de délégation ont été discutés avec les pôles en 2008, mais sans aboutir à la signature effective des contrats. La démarche doit être reprise et finalisée en 2009. Nous verrons plus loin que cette logique de contractualisation présente un lien fort avec la problématique des tableaux de bord qui a été travaillée dans cette étude.

1.2.3 Un investissement antérieur important sur le système d'information

L'arrivée de la T2A se réalise dans un établissement qui a, d'ores et déjà, beaucoup investi dans la modernisation de son système d'information. Ceci se révèle très important, nous le verrons, dans les choix relatifs à l'architecture des outils de pilotage médico-économiques.

Dès 2003, le projet d'établissement affirmait l'objectif de mettre en œuvre, dans la perspective de la T2A, « *un système d'information cohérent intégrant la totalité des modules informatiques pour permettre une communication parfaite entre les pôles cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs* ». Le terme de « Décisionnel » retenu rend bien compte de la volonté d'orienter cet outil vers une opérationnalité dans l'aide au pilotage de l'activité.

Un Comité de Pilotage décisionnel fut constitué, avec une forte présence médicale (4 médecins, dont le président de CME et le DIM). Sur le plan technique, l'architecture informatique retenue a été celle d'un « entrepôt de données » (datawarehouse) qui intègre les données issues des différents applicatifs métiers présents dans l'établissement (plus de 70). Cette option ambitieuse a nécessité un travail détaillé en amont, pour élaborer la structure des données, la nature des indicateurs et les règles de gestion pour les produire.

Cette démarche représente un investissement important pour l'établissement. Depuis son démarrage en 2005, elle mobilise un contrôleur de gestion à plein temps pour la conception des outils et le pilotage du projet, ainsi qu'un informaticien à plein temps pour la mise en forme et l'automatisation de la production des données. Il faut y ajouter le coût des prestations informatiques sous-traitées (environ 250 k€).

1.2.4 Les premiers effets de la T2A

L'introduction progressive de la T2A depuis 2004 a déjà entraîné un certain nombre d'évolution des modes d'organisation et de gestion dans l'établissement.

Le positionnement du DIM

L'arrivée d'un nouveau DIM, en février 2007, a coïncidé avec son positionnement au sein du Pôle des Ressources (plutôt que rattaché à un pôle médical ou médico-technique). Cette fonction DIM a ainsi été placée « en première ligne » au côté de la Direction administrative et

Financière pour travailler sur la maîtrise des circuits d'information médicale et la chaîne de facturation, et plus largement sur le développement d'une logique médico-économique.

La légitimité du DIM en tant que « relais » entre les logiques gestionnaires et les logiques médicales est renforcée par le fait que le médecin concerné a souhaité conserver une activité clinique aux Urgences (1 nuit par semaine et 1 week-end par mois), ce qui est un point important en termes de crédibilité auprès du corps médical.

L'optimisation des processus de gestion

Au niveau du codage, l'objectif du DIM est de disposer de tous les codages du mois écoulé pour le 10 du mois suivant. Le taux d'exhaustivité du codage est analysé le 10 du mois, et la période du 10 au 30 est consacrée aux relances et allers-retours avec les pôles, par l'intermédiaire du responsable médical de pôle, afin d'obtenir les informations nécessaires.

La chaîne de facturation a été « revisitée » et formalisée, en partenariat entre le DIM et les services administratifs. Le niveau d'exigence sur le contrôle interne a été augmenté, l'objectif étant d'aboutir à un chaînage complet du système pour gérer la facturation individuelle.

Le développement de la Comptabilité analytique

Une autre conséquence a été la création d'un nouveau poste dans le Pôle Ressources, dédié au développement de la comptabilité analytique. Les objectifs opérationnels sont de développer des outils en s'appuyant sur les outils du guide méthodologique MEAH-ENSP (TCCM, CREA), tout en les adaptant aux particularités de l'établissement (définition des unités d'œuvre, clefs de répartition, ...). L'établissement va également s'inscrire dans l'étude nationale des coûts pour l'échantillon 2007.

Notons aussi que l'EPRD a constitué une évolution significative pour la Direction administrative et financière, et plus largement pour tous les acteurs. En effet, la prévision et le suivi du volet recettes constituent une nouveauté, dès lors que l'objectif est de dépasser une simple extrapolation des années écoulées, pour aller vers une prévision établie à partir d'une analyse réelle de l'activité et de ses facteurs d'évolution.

La déconcentration du bureau des admissions

Une conséquence importante de la T2A a été de déconcentrer le bureau des admissions au niveau des Pôles (30 agents) en créant des antennes par pôle baptisées « OAAP » (Orientation accueil admission paiement). Cette organisation, qui a induit également un rapprochement avec les secrétariats médicaux (pré-admission), vise à optimiser la chaîne de facturation en s'appuyant sur un circuit patient qui garantisse la qualité médico-administrative du dossier patient. En 2009, après l'ouverture des nouveaux locaux des Pôles Chirurgie et Mère-Enfant, la configuration sera la suivante :

- un accueil Médecine,
- un accueil Chirurgie,
- un accueil Femme-Enfant,
- un accueil Urgences.

La finalité de cette couverture administrative des principaux points d'entrée de l'hôpital est de

proposer pour chaque secteur un guichet unique permettant au patient de réaliser dans un seul lieu l'intégralité de ses démarches administratives (y compris, à terme, le paiement en régie).

Cependant, si cette logique de déconcentration répond bien à une finalité d'amélioration de la qualité de prise en charge pour les usagers, et d'optimisation de la chaîne de facturation grâce à la fiabilité du processus de gestion des entrées, son intérêt économique est moins évident à court terme, car cette déconcentration est plus coûteuse en personnel.

La mise en place d'un Groupe d'analyse prospective

On note également la mise en place, sous l'impulsion du DIM, d'un Groupe d'analyse prospective qui est chargé d'instruire un certain nombre de décisions relatives à l'activité et aux ressources. Ce groupe est composé du Directeur des affaires financières, d'un contrôleur de gestion, du DIM, et de la responsable des tableaux de bord. Au-delà des synthèses des tableaux de bord qui sont élaborés mensuellement pour le Conseil Exécutif, ce groupe permet d'apporter des analyses ciblées sur des activités précises (par exemple, sur l'ophtalmologie, l'étude des possibilités de traiter davantage d'interventions en ambulatoire).

En résumé, on peut souligner les facteurs clefs suivants.

- Sur le plan budgétaire, une situation contrainte (plan de retour à l'équilibre) et des investissements lourds (reconstruction des Pôles médico-technique, Chirurgie et Mère-Enfant), dans un territoire qui laisse peu de perspectives de développement quantitatif d'activités nouvelles
- Des transformations gestionnaires et organisationnelles déjà mises en œuvre à l'occasion des premières étapes d'introduction de la T2A (maîtrise du codage et de la facturation, déconcentration du bureau des admissions)
- Une culture de contrôle de gestion déjà développée, appuyée sur un outil informatique puissant (Décisionnel)
- Une coopération solide entre la DAF et le DIM
- Un volontarisme de la Direction générale pour aller loin en matière de responsabilisation des acteurs dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

Mais, au moment de l'étude, ces différentes évolutions sont encore en cours de déploiement, notamment au niveau de l'intégration du système d'information. On peut dire que le « retour sur investissement » de cette politique d'innovation gestionnaire n'est pas encore total, ou demande à être conforté. C'est pourquoi le travail réalisé pendant l'étude s'est focalisé sur l'approfondissement de la démarche au niveau du pilotage médico-économique, de façon à développer le dialogue de gestion avec le corps médical.

Annexe 4 - Le cas du CH 3

I. Présentation générale de l'établissement

Le centre hospitalier est un établissement à vocation généraliste, de 650 lits et places environ, dont la moitié en MCO (Sur ces lits MCO, la médecine compte pour la moitié ; la chirurgie correspond à une quarantaine de lits). La structure physique du CH 3 est très pavillonnaire.

Il convient de noter que le CH 3 s'est engagé dès 2004 dans l'organisation prônée par la nouvelle gouvernance, avec six pôles cliniques, auxquels il faut ajouter un pôle Administration-logistique et un pôle Médico-technique. Tous les ingrédients de la nouvelle gouvernance semblent fonctionner : conseil exécutif, trios de pôle, conseils de pôle, bureaux de pôle.

L'établissement compte environ 1 550 ETP non médicaux et 150 ETP médicaux, pour une activité de 19 000 hospitalisations complètes et de 10 000 séjours ambulatoires, 47 000 passages aux urgences et 8 000 dialyses.

Le budget du CH 3 est d'environ 112 M€. L'établissement a vécu une période de déficit jusque 2004, se traduisant par des reports de charge (1 M€ en 2002, 900 K€ en 2003), les exercices budgétaires à partir de 2004 ayant été équilibrés (sans excédent significatif cela dit) par des décisions sans doute difficiles (une centaine de postes supprimés depuis 2003), et cela sans contrat de retour à l'équilibre, mais avec injonction forte de l'Agence régionale. L'année 2008 s'est soldée par un déficit d'environ 300 K€, alors que les objectifs de stabilité des dépenses ont été tenus (le déficit vient donc de l'activité, ou plutôt de la tarification, dont les effets ne sont pas forcément très faciles à analyser).

Un projet global de reconstruction est en cours de définition à l'horizon de 2012, accompagné d'une restructuration importante sur laquelle nous reviendrons. Le projet d'établissement, élaboré pour la période 2006-2010, prévoit, entre autres, un développement vers la cancérologie et la prise en charge des AVC, ainsi que la création d'une UHCD.

II. Premiers effets apparents de la T2A sur l'organisation

On peut noter un certain nombre d'évolutions intéressantes au CH 3, dont le rattachement à la T2A n'est évidemment pas toujours facile, compte tenu à la fois de la pression économique forte subie par l'établissement et de son entrée précoce dans la nouvelle gouvernance.

Le parti le plus simple pour présenter ces évolutions est de suivre la grille d'analyse que nous avons mise sur pied dans le cadre de l'étude. Nous traiterons donc successivement :

- du développement des outils médico-économiques et de leur usage ;
- des évolutions organisationnelles liées au fonctionnement des pôles ;
- du développement de la contractualisation interne ;
- du projet de restructuration de l'établissement ;
- de l'amélioration de la chaîne administrative de l'information sur le patient ;
- de quelques indications sur les évolutions culturelles émergentes repérables dans l'établissement.

II-1 Le développement de l'instrumentation issue de la T2A

Le codage et les informations médicales PMSI

Le codage est décentralisé ; la position sur ce sujet du médecin DIM, qui est en poste depuis 2001 (auparavant le codage était centralisé) n'a pas changé depuis la survenue de la T2A. Elle estime que les cliniciens sont plus proches du dossier du patient et que la véritable valeur ajoutée d'un DIM réside dans le contrôle. Evidemment le risque dans une telle configuration est un manque d'exhaustivité, la tâche du codage n'étant pas la priorité des médecins.

En fait, l'exhaustivité a été finalement atteinte (aucun dossier 2007 manquant mi janvier 2008), cela grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs, médecins compris. Le président de la CME, notamment, qui met en avant la nécessité d'une approche économique de l'activité et qui revendique une telle position auprès de ses collègues, s'est investi personnellement dans l'optimisation du circuit du codage.

Il reste un inconvénient potentiel, mais en l'occurrence difficilement évaluable, pour un codage décentralisé, à savoir la qualité elle-même du codage vis-à-vis de la T2A, les médecins ne pensant pas systématiquement à ajouter toutes les co-morbidités présentes au dossier. Pour le président de la CME, il serait opportun de renforcer le potentiel de contrôle du DIM par l'adjonction de la compétence supplémentaire d'un médecin ;

Le effectifs du département (4,6 ETP) n'ont pas augmenté (ont été en fait légèrement à la baisse) avec l'arrivée de la T2A.

Signalons une controverse « organisationnelle » : le département est rattaché au pôle administratif, alors que sa responsable préférerait une filiation médicale.

Concernant les informations fournies par le DIM aux acteurs de l'établissement, il convient de souligner tout d'abord que les dossiers des patients sont à présent classés par pôle. Il existe un référent DIM par pôle.

Ces informations sont par ailleurs assez classiques : nombre de RUM, de RSS, case-mix par GHM et CMD ou CM, valorisation du case-mix, actes, répartition géographique des patients. Pour chaque UF le DIM édite également les 10 GHM les plus importants. En fait ces données n'ont pas significativement changé depuis 2003. La T2A n'a donc pas eu d'influence sur une pratique de mise à disposition de l'information par le DIM, pratique qui, du reste, est à présent assez générale.

La responsable du DIM estime d'ailleurs que la consultation de ces données par les praticiens de l'hôpital reste faible, la raison étant à ses yeux le degré de granularité trop élevé des GHM par rapport à l'activité. Dans le même ordre d'idée, l'interprétation de l'évolution des DMS n'est en rien évidente, compte tenu du caractère multi-factoriel de cette variable.

Les données sont disponibles sur intranet, avec un code d'accès dont disposent les chefs de service, le président de la CME, la direction.

L'information médico-économique

Le CH 3 dispose maintenant d'une pratique accomplie en matière d'outils de pilotage médico-économique. Il a participé aux travaux de la MeaH en matière de Comptabilité analytique, un de ses objectifs étant d'alimenter la contractualisation interne (cf. ci-dessous). Le recrutement d'un contrôleur de gestion aguerri, a évidemment favorisé le développement de ces outils.

La direction des finances édite tous les trois mois un CREA (Compte de REsultat Analytique) par pôle. Le TCCM (Tableau Couts Case Mix) reste de son côté global établissement. La diffusion de ces calculs est large : présentation en conseil exécutif, invitation tous les mois d'un responsable de pôle en réunion budgétaire où ces chiffres sont examinés, réciproquement invitation par les bureaux de pôle du contrôleur de gestion qui présente le CREA (tous cela dit n'en profitent pas).

D'un point de vue technique, la construction de ces outils reste assez artisanale, à partir d'extractions de PMSI-Pilot et de requêtes SQL. L'établissement a acquis dernièrement un outil intégré, Medifin, en fait un info-centre, permettant une automatisation de tous les calculs, et par ailleurs des opérations annexes, telles des regroupements d'activité selon des nomenclatures connues (OAP par exemple ou base d'Angers), des coûts par séjour, un EPRD par pôle, ou encore des simulations économiques. Cet outil est en phase de développement avancé.

L'utilisation par les responsables de pôle reste assez marginale pour le moment. Pour eux, qu'il s'agisse des médecins ou des cadres supérieurs, ces chiffres sont intéressants, mais très nouveaux et demandent un investissement important pour les assimiler (bien qu'ils reconnaissent avoir eu moult explications de la part du contrôleur de gestion). Les pôles, notamment dans les bureaux de pôle, examinent des indicateurs classiques : admissions, journées, taux d'occupation, actes, DMS globale etc. En fait il semble pour le moment que « l'ardente obligation » des pôles soit focalisée sur l'augmentation de l'activité, qui reste facilement appréhendable par ces informations traditionnelles. La T2A intervient donc plutôt comme le cadre général d'une contrainte durcie, et d'une incitation à l'activité, mais ne fournit guère pour le moment d'instrument de pilotage fin pour les pôles. Il faut souligner que là aussi, les outils comme le CREA fournissent des résultats qui en eux-mêmes ne donnent pas clairement le chemin à prendre pour les améliorer. Des explorations supplémentaires sont nécessaires. Le directeur de l'établissement pose d'ailleurs explicitement la question de l'existence d'autres instruments plus adaptés à l'activité médicale.

Ce qui ne veut pas dire qu'à un autre niveau, ces outils n'aient pas joué un rôle, au contraire. C'est ainsi que les résultats des CREA, montrant un déficit important du pôle Chirurgie (le pôle Médecine étant de son côté bénéficiaire), ont manifestement pesé lourd dans le design du projet du futur hôpital (cf. ci-dessous), même si, comme nos différents interlocuteurs nous l'on dit « on s'en doutait ». On retrouve là le thème de la force argumentative d'un tel instrument, souligné notamment dans les chantiers MeaH sur la comptabilité analytique. Le président de la CME, qui est radiologue, a beaucoup milité de son côté pour l'utilisation de ces outils, alors que le président précédent, chirurgien, y était opposé, de même d'ailleurs qu'il était opposé au projet général de restructuration de la chirurgie.

À ce titre, les médecins rencontrés, responsables de pôle ou président de CME, ont reconnu que si eux-mêmes adhéraient à la nécessité de lier l'activité médicale à l'efficacité économique vue à travers la T2A, une telle attitude était encore loin d'être partagée par

l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement. De même, le personnel paramédical, mis à part les cadres supérieurs de pôle, est sensible d'une façon générale à la contrainte économique, mais est très éloigné d'une compréhension des mécanismes liés à la T2A.

En dehors de ces outils « systématiques » (fondés sur une routine de calcul, et mis à jour périodiquement), le CH 3 a également développé une pratique d'instrumentation économique de la décision (d'où d'ailleurs le choix de Medifin), qu'elle met maintenant systématiquement en œuvre, et qui porte le nom de « fiche projet » : cela consiste simplement, lorsqu'un choix important se présente concernant l'activité, à opérer une simulation à la fois des dépenses et des recettes induites. On a là évidemment un effet direct de la T2A, sous sa forme la plus complète (non seulement une tarification à l'activité, mais une tarification d'une nomenclature de produits). Ces calculs là aussi ne conduisent pas automatiquement à la décision, mais éclairent des choix de stratégie médicale. Ils ont été mis en œuvre par exemple dans le pôle médecine, lorsqu'il s'est agi de décider de l'extension d'un secteur dévolu à la gériatrie de court-séjour. De même, une simulation de ce type a été effectuée par le contrôleur de gestion sur le problème de l'extension du service de réanimation : ce service avait 24 lits autorisés (16 de réa et 8 de soins intensifs), mais tournait sur 16 lits. Dans le projet d'extension à 18 lits, le chef de service désirait garder les 16 lits de réanimation et donc réserver 2 lits aux soins intensifs. La simulation a montré que, compte tenu des règles de supplément de tarifs liés à la T2A et de la structure de l'activité du service, il valait mieux avoir une structure avec 12 lits de réanimation et 6 lits de soins intensifs. Le chef de service s'est finalement rallié à ce choix. Un autre exemple concerne les examens biomoléculaires, qui étaient sous traités, et dont un calcul économique a montré qu'il valait mieux les intégrer à l'hôpital.

Chacune de ces fiches projet doit être signée par le médecin responsable du pôle concerné, avant d'être soumise à l'avis du Directeur des finances, puis, en dernier ressort, à l'approbation du chef d'établissement.

Il ne semble pas que pour le moment il y ait des discussions sur les fondements techniques des outils (par exemple sur les modalités de ventilation des dépenses indirectes), comme on a pu les voir se développer dans d'autres établissements.

Les sujets techniques, tels les principes de ventilation comptable des charges indirectes, sont souvent abordés au moment des présentations en bureau de pôle. Par exemple le chef de service de la réanimation est opposé à la clef retenue pour la répartition de la restauration (la journée), qui le désavantage, mais il n'en est pas moins conscient qu'il n'est pas possible actuellement d'améliorer ce point. De même, la clef de répartition du bloc a été modifiée dans le but de mieux "coller" à la réalité de l'activité, et ce en accord avec le cadre du pôle.

II-2 Les évolutions organisationnelles liées aux réformes

Au CH 3 les pôles semblent avoir acquis leur vitesse de croisière en termes de fonctionnement. Par exemple pour le pôle Médecine, le bureau de pôle se réunit tous les mois (responsable médical, référent administratif, cadre supérieur, chefs de service, cadres de santé), le conseil de pôle deux fois par an. Cette dernière instance semble à la plupart de nos interlocuteurs moins utile ("une grande messe") que la première, où s'effectue notamment le pilotage du pôle. Il n'y a pas encore d'assistant de gestion par pôle, ce que certains regrettent.

Les référents administratifs appartiennent aux directions fonctionnelles. Chacun d'entre eux est référent pour deux pôles.

La délégation de gestion aux pôles est pour l'instant limitée. Pour le recrutement des personnels, médicaux ou paramédicaux, la ressource est toujours centralisée, mais c'est le pôle qui sélectionne les personnes. En revanche, le pôle gère une enveloppe de formation permanente. Il n'a aucune prise sur l'équipement qui se gère toujours au niveau du management. Dans ces conditions, le responsable de pôle s'efforce de créer une mutualisation entre services pour certains équipements (en chirurgie)

Chaque matin, le cadre supérieur de pôle fait le bilan des problèmes de présence dans les différents services et essaye, avant de recourir au pool centralisé, de procéder à un rééquilibrage à l'intérieur du pôle. Cette polyvalence au jour le jour n'est pas toujours facile à obtenir, selon les pôles. Elle l'est davantage pour les ASH que pour les IDE.

Toujours sur le versant dépenses des discussions ont commencé entre pôles cliniques et le pôle médico-technique pour examiner dans quelle mesure on pouvait économiser sur ce poste de dépense (examens d'imagerie ou biologiques trop systématiques par exemple).

Les pôles, d'une façon générale, tentent de jouer sur l'activité, avec, il faut bien le dire, des moyens relativement limités. Par exemple, ils mettent en place des procédures permettant de faire sortir les malades le matin et non l'après-midi, pour libérer plus rapidement des lits. Ils accélèrent la production des comptes rendus d'hospitalisation, pour consolider la confiance des médecins libéraux. Les pôles relaient en interne la pression sur les médecins quant à la rapidité de production des RUM. L'hôpital a par ailleurs participé à un chantier MeaH sur les urgences, ce qui l'a amené à adopter une des préconisations de ce chantier, c'est-à-dire la création d'un circuit court, qui a diminué sensiblement le temps d'attente moyen des patients. Le responsable du pôle Urgence estime que les relations avec les services aval ont beaucoup évolué, allant davantage vers un système d'engagements réciproques.

Evidemment l'action la plus décisive sur l'activité réside dans le recrutement d'un médecin représentant une spécialité nouvelle, mais, dans le contexte actuel, cette opération n'est pas évidente.

Comme on le voit les évolutions constatées au niveau de l'organisation générale sont plutôt progressives et relèvent davantage de la nouvelle gouvernance que de la T2A, bien que celle-ci, encore une fois, constitue un arrière fond colorant l'ensemble des actions, notamment celles visant à augmenter l'activité.

II-3 La contractualisation interne

Le CH 3 s'est lancé dans une politique ambitieuse de contractualisation. Des contrats ont été signés avec tous les pôles cliniques, sauf le pôle mère-enfant, pour lequel les objectifs ne sont pas encore parfaitement clairs.

Les contrats portent sur trois points : des objectifs organisationnels et médicaux (en fait une déclinaison du rôle du pôle dans le cadre des diverses délégations : organisation du travail, recrutement, gestion de l'absentéisme, formation etc.), des objectifs de qualité et des objectifs quantitatifs liés à l'activité et à l'équilibre financier du pôle.

Ces objectifs sont déclinés de façon précise. Donnons quelques exemples issus du contrat avec le pôle Médecine, signé en mars 2007 :

Pour les axes stratégiques « qualité » :

- Axe¹¹ : réduire le délai entre la sortie et l'envoi des comptes-rendus de sortie aux médecins traitants. Action : chaque médecin évalue le délai raisonnable d'envoi du compte-rendu au médecin traitant. Indicateur/objectif (à un an) : 80 % des comptes rendus envoyés dans les temps.
- Axe : généraliser les sorties le matin pour permettre une meilleure prise en charge des patients venant des urgences. Action : organiser la sortie des patients le matin. Indicateur/objectif : 70 % des sorties le matin
- Axe : améliorer la prise en charge de la douleur. Action : élaboration de protocole. Indicateurs /objectifs : protocoles rédigés et 90 % des patients satisfaits de la prise en charge de la douleur.

Pour les objectifs d'activité :

Axe : augmentation de l'activité. Il est demandé au pôle Médecine d'augmenter le nombre d'admissions dans les proportions suivantes : 2 % pour l'hospitalisation complète, 4 % pour les hospitalisations de jour et de semaine, et 4 % pour les consultations.

L'ensemble des objectifs du pôle sont déclinés par des tableaux de bord qui sont examinés en bureau de pôle et synthétisées pour les conseils de pôle.

Un intéressement des pôles est également prévu dans le cadre de cette contractualisation. Jusqu'en 2010, il repose sur les principes suivants : le résultat budgétaire (positif) de l'exercice de l'établissement est divisé en trois parts :

- 10 % sont employés à la discrétion du Conseil exécutif,
- 70 % constituent une enveloppe destinée à l'intéressement aux objectifs quantitatifs des pôles ayant signé un contrat de pôle,
- 20 % constituent une enveloppe destinée à l'intéressement aux objectifs qualitatifs des pôles ayant signé un contrat de pôle.

Pour les 70 % de l'intéressement aux objectifs quantitatifs, la part revenant à chaque pôle est proportionnelle à son propre résultat, tel qu'il est mesuré par les outils médico-économiques évoqués ci-dessus, et s'il est positif.

Les pôles ayant atteint leurs objectifs qualitatifs se voient affecter une partie des 20 % correspondants, négociée au moment de la détermination du résultat comptable. Cet intéressement, pour les pôles qui en bénéficient, peut se répartir, à la discrétion du pôle, entre :

- des crédits supplémentaires de formation,
- des achats divers en petit matériel, documentation, entretien ...

¹¹ En tout seize axes sont déclinés sur le versant qualité.

- des dépenses d'équipement ou de travaux fonction du projet du pôle et de l'amélioration des conditions de travail,
- une provision pour cumul d'intéressement.

Pour l'instant cet intéressement est resté théorique, l'établissement ayant subi un léger déficit en 2007. Cette constatation, entre autres, a conduit à l'idée d'une réforme de la contractualisation et de l'intéressement, et a inspiré largement la phase II de l'étude ESSOR/CGS au CH 3.

Là aussi il est difficile de rattacher de façon univoque cette politique de contractualisation à la T2A. L'idée et la conception des contrats internes avaient précédé l'arrivée de la tarification. Cela dit, on retrouve dans l'importance accordée aux objectifs quantitatifs le souci de l'activité.

À signaler l'émergence de contrats horizontaux, notamment entre les pôles cliniques et les pôles supports, les objectifs portant par exemple sur la gestion de l'information associée aux patients.

II-4 Le projet de restructuration de l'établissement

Le projet de reconstruction totale de l'établissement, à horizon 2012, s'accompagne d'une reconfiguration importante de son offre. Après de nombreuses tractations et négociations avec les cliniques de l'environnement, il va s'associer finalement avec l'une d'entre elles, dont une activité importante est la cardiologie interventionnelle. Mais il perdra complètement son hospitalisation chirurgicale programmée, qui sera prise en charge par la clinique. Les urgences chirurgicales seront partagées par les deux institutions (la clinique a à l'heure actuelle un UPATOU).

Il convient de noter que ce projet s'inscrit dans un vaste mouvement de restructurations concernant le département. Deux CH voisins ont engagé un partenariat par une mise en commun de leur plateau technique.

Comme on l'a dit plus haut les débats ont été difficiles (et le sont toujours) à l'intérieur de l'établissement à propos de cette opération. La T2A est présentée par l'ensemble des personnes rencontrées comme ayant eu un impact important sur ces discussions, pointant, de façon sans doute plus décisive que les indicateurs classiques, les problèmes rencontrés par l'activité chirurgicale.

Le président de CME aurait voulu aller plus loin, et notamment regrouper toutes les structures publiques du sud du département. Il lui semble en effet que l'organisation hospitalière actuelle souffre d'un déficit de productivité important, notamment en ce qui concerne les gardes.

Dans la rubrique partenariat, signalons une opération plus ponctuelle récente, qui a consisté à embaucher un oncologue travaillant à mi-temps au CH 3, et à mi-temps dans un CLCC. C'est le CH 3 qui le rémunère, mais en échange ce médecin fait analyser les cas difficiles rencontrés à l'hôpital par les staffs pluridisciplinaires du CLCC.

II-5 L'information administrative sur le patient

Comme beaucoup d'autres établissements le CH 3 se préoccupe de la fin du processus de mise en place de la T2A, c'est-à-dire en janvier 2009 le « fil de l'eau » (paiement direct de factures par l'assurance maladie et non construction d'un budget à partir de données médico-économiques). Il est en effet essentiel que la chaîne de l'information-patient, du premier contact avec l'hôpital jusqu'à la sortie fonctionne de façon fluide et sans erreur pour obtenir un taux correct de recouvrement. Dans cette optique, on peut noter pour l'essentiel deux opérations :

- la mise en place, début 2007, d'une cellule de gestion de l'information. Cette instance se réunit tous les quinze jours et réunit un cadre de la direction financière, le chef de service des admissions, le DIM, le contrôle de gestion, la secrétaire médicale référente, un cadre de santé, un membre du service informatique. D'autres personnes peuvent se joindre à la réunion, en fonction des sujets traités. Cette cellule constitue en fait un groupe de traitement des problèmes, qu'elle instruit et pour lesquels elle propose des solutions. Il peut s'agir d'une enquête sur les NPAI (N'habite Plus à l'Adresse Indiquée), ou encore d'un travail sur des événements indésirables en imagerie (problèmes CCAM par exemple), ou aux urgences (dossiers vides en provenance du service d'accueil), ou encore des modifications à apporter au circuit de l'information consécutives à la suppression du taux de conversion. Ou encore sur une analyse des rejets B2, des doublons etc,
- l'autre opération consiste en fait en une série d'actions menées en direction des agents impliqués dans la chaîne de facturation et s'étant fortement appuyé sur les travaux de la MeaH en matière de recouvrement.

Listons les actions les plus significatives liées à cette opération, en utilisant la classification proposée par la MeaH :

Axe pilotage :

- mise en place de réunions mensuelles avec l'ensemble du personnel du bureau des entrées ;
- suivi en routine du nombre de doublons et identification de leur origine ;
- suivie en routine du délai moyen de codage et du taux d'exhaustivité.
-

Axe Ressources Humaines :

- information régulière du conseil exécutif ;
- formation des médecins à la codification des actes en CCAM et formalisation d'un outil d'aide au codage ;
- formation des agents du BE, notamment relatif à l'utilisation de l'outil informatique (1 jour par agent) ;
- mise à jour des fiches de poste des agents du BE.

Axe Organisation :

- rédaction et diffusion d'une procédure de pré-admission ;
- systématisation de la demande des cartes d'identité à l'accueil, et rédaction d'un script de questionnaire pour le patient ;
- rédaction d'une procédure conjointe BE et TP de traitement des réclamations des patients ;
- optimisation du parcours du patient (signalétique par exemple) ;
- installation de bornes de mise à jour de cartes Vitale ;

- mise en place d'un affichage à destination des patients (parcours, tarifs).

Axe relations avec les débiteurs institutionnels :

- mise en place de réunions périodiques avec les responsables locaux de l'assurance maladie ;
- nomination d'un référent CPAM ;
- élaboration d'une procédure conjointe avec la CPAM de traitement des rejets B2.

III. Conclusion de la première phase et quelques notations « culturelles »

Le CH 3 présente une palette étendue d'évolutions, petites et grandes, liées à la fois aux nouvelles réformes, également à une situation difficile au sein de son territoire.

À entendre les avis du personnel, et notamment du personnel médical, il semble bien qu'un des effets de la T2A ait été de renforcer le sentiment d'appartenance à l'hôpital, ce qui pourrait constituer une évolution notable, en tout cas du côté des médecins. D'une part la T2A est manifestement reçue comme une fatalité à laquelle il faut s'adapter, ce qui est en contraste frappant avec les flots de polémiques et de controverses qui ont accompagné le développement du PMSI et même la mise en place du point ISA. Il faut dire que le mécanisme de la tarification, rapprochant les professionnels hospitaliers du contexte économique de leurs confrères libéraux est beaucoup plus compréhensible que le dispositif qui l'a précédé, opaque, mais surtout qui ne fournissait pas par lui-même d'indications sur les voies à suivre pour améliorer la situation. Au contraire l'injonction de la T2A, telle que la ressentent les acteurs locaux, est très simple : il faut augmenter l'activité pour « sauver l'hôpital ». La rencontre avec la nouvelle gouvernance configure alors une convergence assez heureuse, où les responsables de pôle, médicaux, paramédicaux et administratifs, vont explorer ensemble les différentes façons de gagner en activité, ce qui pose moins de problèmes, en tout cas relationnels, que d'essayer de contraindre les dépenses (ce qui est fait également, mais à la marge). Cette focalisation sur l'activité va jusqu'à ce que se mette en place une sorte d'évaluation des médecins par leurs pairs « il n'est plus possible qu'un médecin ne fiche rien. Avant cela n'avait aucune incidence visible avec le budget global ; maintenant ce sont des pertes de recettes, étant donné que c'est nous, médecins, qui les générons » (le responsable médical d'un pôle). Focalisation qui, on l'a vu, est systématisée dans le contrat.

Ces évolutions marquent aussi sans doute une transition vers un mode de gouvernement davantage équilibré entre corps médical et administration. D'après beaucoup de nos interlocuteurs, la prise de décision est passée au conseil exécutif, où les deux « parties » sont représentées en proportions égales.

L'engagement constatable des trios de pôle, ou encore de la présidence de la CME, sur les aspects économiques et gestionnaires de l'activité reste fragile. Certains médecins affirment qu'il n'est viable à terme que si sont créées des formules d'intéressement individuel. Par ailleurs il risque de disparaître si l'on s'aperçoit que « l'État ne joue pas le jeu », c'est-à-dire continue à secourir ceux qui se « laissent gentiment couler » (un médecin).

Annexe 5 - Le cas du PSPH

1. Contexte de l'établissement

1.1. Données générales

L'hôpital étudié se compose de deux établissements. Il assure des missions de soins, également d'enseignement et de recherche.

L'hôpital se positionne d'une part sur des activités de spécialités médico-chirurgicales de l'adulte. Aux activités de court séjour s'ajoutent une unité de soins de suite et de réadaptation. Il dispose d'un plateau technique comportant notamment une I.R.M., un scanner, une salle de coronarographie et une salle d'angiographie vasculaire numérisée. L'établissement comprend également un service d'urgence et de réanimation.

D'autre part, il développe également un secteur pédiatrie et un pôle mère-enfant. Il offre un plateau médico-technique important comportant notamment un scanner, un service d'urgence pédiatrique.

Au sein de l'hôpital, l'accent est mis sur la constitution de filières de soins, la mutualisation du plateau technique et des ressources médicales. L'hôpital dispose d'une capacité d'accueil totale de 700 lits, de 2500 salariés dont 1850 équivalents temps plein, avec 240 médecins, 210 internes.

1.2. La santé financière de l'établissement

Le budget de l'établissement est de 160 M€ environ. C'est un hôpital excédentaire. Il enregistre 44 000 entrées totales environ, 150 000 consultations et soins externes et 70 000 passages aux urgences. L'application du coefficient de transition T2A a fait « perdre » 750 000 € à l'établissement en 2007. Sur le plan financier, l'hôpital est engagé, comme on le verra plus loin, dans des opérations d'acquisition/partenariat de cliniques.

2. État des lieux sur les impacts de la T2A

2.1 Le codage

Le codage et la saisie des actes sont décentralisés. Le relevé des diagnostics est décentralisé sur papier puis saisi et codé en centralisé. Un logiciel de codage permet ensuite de vérifier l'exhaustivité de comorbidités associées.

Certains praticiens codent tous les samedis, cinq à six minutes sont nécessaires pour coder un dossier.

Le DIM fournit aux différents services des indicateurs d'activités médicales valorisés et comparés entre deux exercices :

- Nbre de R.U.M
Nbre d'Hospitalisations Complète
Nbre de séjours entre 24 et 48h

- Nbre de séjours de moins de 24h
- Nbre de séjours Extrême Bas
- Nbre de séjours Extrême Haut
- Taux d'Urgences
- DMS Hospitalisation (hors cmd 24)
- DMS Nationale (hors cmd 24)
- Ecart DMS service et DMS Nat
- PMCT (Total)
- PMCT (HC)
- PMCT (cmd 24)
- Nbre de GHS
- Nbre de GHS représentant 80 % des recettes
- % de ces GHS / Total des GHS
- Recettes GHS à 100 %
- Ecart sur Tarif Moyen
- Ecart sur Quantité

2.2 La chaîne de facturation

Pas d'impact aujourd'hui sur l'organisation de la facturation. L'effort est davantage mis sur l'informatisation. Le système d'information est censé suivre le malade jusqu'à la facturation. Cette logique de système de facturation intégré semble plus facile pour les GHS chirurgicaux « proches de la production industrielle » que pour les GHS médicaux.

2.3 Externalisation

L'établissement réfléchit à l'externalisation de l'activité logistique (bâtiments, entretiens...) vers une société privée, comme dans d'autres établissements.

2.4 Réorganisation et adaptation de l'effectif

Une des retombées importantes de la T2A à l'hôpital est la recherche d'une plus forte rationalisation des effectifs. La T2A a joué un rôle d'argument objectif, vis-à-vis du personnel et des syndicats pour conduire deux chantiers importants : la restructuration de la pédiatrie et d'une crèche collective.

2.4.1 Mesures d'adaptation de la pédiatrie

La pédiatrie de l'hôpital présentait, en 2005, une situation déficitaire de plus de 3 M€, que l'on peut décomposer comme suit :

- La chirurgie pédiatrique, déficitaire de 591 K€.
- L'ORL pédiatrique, déficitaire de 503 K€.
- L'ophtalmologie pédiatrique, déficitaire de 185 K€.
- La néonatalogie et les soins intensifs néonataux présentent un important déficit de plus de 2 M€.
- La médecine pédiatrique déficitaire de 462 K€.

La comparaison des unités d'hospitalisation à des standards ou aux effectifs de structures comparables de par leur taille et leur case-mix met en évidence un sur-effectif global du personnel soignant.

C'est dans ce contexte que l'hôpital a engagé une réorganisation de la pédiatrie et a procédé à des mesures d'adaptation des structures. L'idée étant de calibrer le personnel sur la base de services réorganisés (fermeture de 2 unités d'hébergement).

Les mesures d'adaptation organisationnelle ont concerné principalement :

- La médecine pédiatrique (unité d'hospitalisation) avec une adaptation de la capacité d'accueil à la réalité du recrutement.
- L'adaptation des effectifs soignants aux capacités d'accueil, en lien avec les standards du secteur.
- L'optimisation des conditions de fonctionnement du bloc opératoire.
- La réduction du nombre de plages de consultations de 59 à 42 (augmentation du nombre de patients par vacation).
- La suppression des vacations non programmées.
- L'optimisation des surfaces par le regroupement des consultations de chirurgie pédiatrique et de médecine pédiatrique.

Les conséquences sur l'effectif sont importantes. Des moyens de reconversion ou des mesures d'âges ont été proposées :

- 7 mesures d'âges : 3IDE + 4AP
- 12 AP en formation pour reconversion en IDE
- 2 AP formations pour reconversion en AS
- Les autres sont redéployés sur des postes non pourvus.

Selon nos interlocuteurs, la T2A a rendu tout à fait naturel un discours sur l'adaptation de l'effectif à l'activité « *la T2A un argument fort pour frapper fort* ». L'introduction d'une logique d'entreprise a également concerné la gestion des RH. La direction RH, travaille dans le même esprit avec d'autres services pour l'adaptation de leurs effectifs à l'activité à partir d'un ratio personnel/service à l'horizon 2012 et des données de la T2A.

Selon un médecin, c'est une démarche à relativiser : « dans l'esprit, elle n'est pas différente d'un budget global, sauf que cette fois-ci ce sont plusieurs petits budgets globaux actionnés selon la stratégie voulue au niveau National ».

Fermeture de la crèche collective

Pendant 3 ans consécutives, la crèche collective a enregistré un déficit de près de 230 K€. Différents scénarios ont été envisagés : l'optimisation de l'exploitation, le développement de subvention de l'exploitation, le recours à l'externalisation en achetant des places à l'extérieur. L'évaluation financière de ces différents scénarios, n'a pas convaincu l'établissement de garder cette activité.

Un redéploiement du personnel a été mis en place.

2.5 Création de missions de développement interne et externe

Le développement externe concerne les partenariats et acquisitions externes pour élargir la surface hospitalière.

Le développement interne se traduit notamment par le recrutement de chargés missions de développement interne de l'activité médicale rémunératrice.

2.6 Une instrumentation économique plus importante et légitimée par la T2A et par la nouvelle gouvernance

La direction financière et le contrôle de gestion de l'hôpital ont mis en place plusieurs outils d'évaluation et de comparaison des activités des services.

2.6.1 Indicateurs économiques pour suivre l'activité

Des données de comptabilité analytique et divers indicateurs sont diffusées à tous les services : comptes de résultat, les différents GHM valorisés et classés, les DMS...Il est fourni également les différentes rubriques analytiques réparties par type d'unités fonctionnelles et en mettant en évidence les comptes d'exploitation.

2.6.2 Matrice de performance médico-économique

C'est une représentation graphique qui permet de positionner les services les uns par rapport aux autres sur deux axes. L'axe des abscisses représente le niveau moyen de mobilisation des ressources par le service. L'axe des ordonnées représente la plus ou moins forte participation au résultat de l'établissement. Cette matrice est présentée en réunion de CME

2.6.3 Coefficient de productivité pour classer les services

Ce coefficient est calculé à partir d'une simulation. Le principe consiste à simuler une clinique privée à partir des actes de l'hôpital sur l'ensemble des services. La simulation tient compte des redevances, des recettes, des masses salariales ajustées et des Merri. Une réflexion est également engagée sur l'intéressement des médecins (cf.ci-dessous phase II de l'étude).

Les niveaux de dépenses obtenus sont comparés aux recettes calculées à partir des actes effectués, comme dans le privé. L'écart obtenu par rapport à la situation actuelle permet de calculer un coefficient qui exprime le niveau de productivité du service. Lorsque ce coefficient est supérieur à 1, le service rapporte plus que ce qu'il ne coûte et c'est l'inverse si celui-ci est inférieur à 1. La direction financière envisage l'idée d'une rémunération basée sur ces coefficients.

2.6.4 Évaluer toute activité médicale lors d'un nouveau recrutement

La Fiche criticité permet d'évaluer les besoins et de les mettre en rapport avec des recettes prévisionnelles d'un service. Cette démarche est complémentaire d'un travail d'engagement mis en place lors d'un nouveau recrutement de médecins.

Le recrutement des derniers chefs de services a été fait sur la base d'un programme défini sur 5 ans. Ce programme explicite les objectifs d'activité prévisionnelle valorisée en € et est

présenté en CME. Celui-ci constitue ensuite un avenant au contrat de travail et signé (c'est le cas du développement de l'activité « obésité »).

3. Partenariats et acquisition

L'hôpital est engagé dans deux opérations stratégiques importantes de deux établissements.

3.1. L'établissement 1

C'est un projet de reprise d'une clinique privée, ex OQN, MCO avec une maternité de 1200 accouchements et leader en chirurgie dans la région. Plusieurs raisons motivent cette opération :

- Élargissement de la surface hospitalière de l'hôpital. L'établissement cible apporterait un chiffre d'affaire supplémentaire de 20 000 000 € et un résultat net de 400 000 €. La reprise permettrait également de proposer aux praticiens actuels de l'hôpital d'aller exercer dans le secteur libéral où ils seront payés à l'acte.
- Renforcement du poids politique dans la région et augmentation du maillage du territoire.

L'hôpital apporterait une ingénierie et un savoir faire par la création d'un réseau de soins et pour le développement de la complémentarité avec l'établissement 1. Par ailleurs, les médecins privés de cette clinique auraient accès à l'environnement universitaire.

3.2. Le rapprochement avec l'établissement 2

Ce rapprochement est encouragé également par l'ARH car il peut apporter une dynamique à un autre hôpital (appelé dans la suite autre hôpital), à quelques kilomètres de l'établissement 2 et qui est en grande difficulté.

Pour l'hôpital, deux motivations essentielles :

- Agrandir la surface hospitalière en sortir l'autre hôpital de ses difficultés,
- Faire cette opération à coût nul, en faisant porter l'investissement par l'établissement 2 (un nouveau plateau technique pour attirer les médecins).

Pour l'établissement 2 :

- accéder à l'environnement universitaire de l'hôpital,
- attirer des patients. Les quotas Cancer de l'autre l'hôpital, se rajouteraient dans ce cas aux quotas de l'établissement 2. C'est une opération très rentable pour l'établissement 2 semble-t-il.

Les discussions sont en cours. Les transferts des activités sont actuellement examinés et chiffrés (par exemple le transfert d'une partie de l'activité Urologie de l'établissement 2 à l'autre hôpital). La T2A donne des arguments financiers pour affiner ces stratégies.

Un statut juridique est en cours d'étude pour ce rapprochement.

Annexe 6 - Le cas du CLCC

Note : le CLCC a souhaité se désengager de l'étude après l'état des lieux compte tenu de ses autres projets en cours. Le présent document restitue l'état des lieux initial (début 2008)

1. Contexte de l'établissement

Les CLCC ont été créés par une ordonnance de 1945. Ce sont des établissements spécifiques participant au service public hospitalier. Ils appliquent le droit privé et le droit du travail. Ils sont fédérés au sein de la Fédération des CLCC, avec une convention collective spécifique

1.1 Données générales

Le CLCC comprend 207 lits, 40 places d'hospitalisation de jour, 20 d'hospitalisation à domicile, 15 de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire et un important plateau technique.

En 2006 (source bilan social)

- 817,62 ETP non médicaux
- 150,81 ETP médicaux dont 35 internes.
-

Indicateurs d'activité (2007)

- 10419 admissions et 66317 journées en hospitalisation complète, une DMS de 4,54 contre 4,95 en 2006 en médecine, 5,65 contre 5,67 en chirurgie et 10,21 contre 9,82 en hématologie ;
- 2657 admissions et 4333 journées en hospitalisation à domicile en baisse par rapport à 2006 ;
- 21840 séances en hôpital de jour médical ;
- 3149 séances d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire en baisse contre 4231 en 2006 ;
- 51837 consultations en forte hausse (42942 en 2006).

LE CLCC exerce également une activité d'enseignement hospitalo-universitaire et de recherche fondamentale (deux unités de l'INSERM présentes sur le site) et appliquée.

1.2 Contexte économique et financier

Les CLCC ne sont pas soumis aux règles des marchés publics. Ils bénéficient d'un régime fiscal spécifique : pas d'impôt sur les sociétés, pas de TVA, pas de taxe professionnelle, pas de taxe foncière ou d'habitation. Par contre ils sont assujettis à la taxe sur les salaires.

Le budget du CLCC (hors conseil de recherche) est de l'ordre de 120 millions d'euros en exploitation et de 15-20 millions en investissement. C'est le 6 ou le 7^{ème} budget hospitalier de la région. La recherche fait partie d'un budget annexe qui n'est pas à ce jour consolidé avec le budget général de l'établissement malgré les demandes du commissaire aux comptes.

L'établissement connaît ses premiers déficits : de l'ordre de 2 millions d'euros en 2007 et 300 000 euros en 2006.

L'application de la T2A est identique à celle des établissements publics de santé depuis 2004. La tarification à l'activité a eu à ce jour un effet négatif sur les comptes car historiquement l'établissement a été sous-doté avec une valeur de point ISA basse (1,62 euros en 2003 pour une moyenne régionale de 2,2 soit une sous-dotation budgétaire théorique de 23,5 %). La dotation annuelle complémentaire (DAC) qui s'appuyait sur cet historique n'étant pas revalorisée, chaque fois que l'établissement développait de nouvelles activités, cela avait un coût pour l'établissement (exemples : le scanner ou un nouveau robot chirurgical).

La tarification à 100 % a été une nouvelle mauvaise surprise pour l'établissement avec un taux de transition de 93,3 %, système encore plus pénalisant que le précédent. Avec une baisse des tarifs annoncée de 3,7 % pour tous les GHS, c'est 2,5 millions d'euros de pertes de recettes qui sont attendues par l'établissement en 2008.

L'établissement était en février également dans une incertitude totale ne sachant pas quels seraient les futurs tarifs pour mars 2008.

1.3 Projets en cours

Dans ce contexte d'incertitude concernant les règles du jeu, que l'établissement regrette, le CLCC vient de se livrer à deux exercices prospectifs difficiles :

- un projet de gestion à 5 ans,
- le plan hôpital 2012.

2. Premier état des lieux sur les impacts de la T2A

2.1 L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients

La T2A n'a pas modifié la logique de développement de l'activité partagée avec la communauté médicale. Le discours sur les recettes T2A est dans l'ensemble bien compris par les médecins. Ils savent qu'ils doivent rentrer dans leur budget. L'établissement était déjà habitué aux contraintes budgétaires avec une certaine fierté de boucler le budget et une grosse culture d'entreprise.

Le directeur général est en effet un médecin. Le prédécesseur du directeur actuel a toujours eu une vision économique de l'activité impliquant :

- la sensibilisation des médecins à l'économie,
- le développement du contrôle de gestion très ancien à l'Institut,
- la connaissance très structurée de l'activité (depuis 7 ans),
- la mise en œuvre d'outils centrés sur la description de l'activité et sur sa valorisation.

L'établissement s'est doté déjà depuis 10 ans d'un outil de gestion accessible à tous (intranet du CLCC) qui fournit des données globales et des données par département / UF.

La direction a joué un rôle pédagogique dès la mise en œuvre de la réforme. En 2005, elle a insisté sur l'intérêt de nouvelles attitudes par rapport aux pratiques habituelles pour ne pas pénaliser l'établissement (pertes de recettes) tout en respectant le projet d'établissement dans le nouveau contexte de la T2A. Cinq cas significatifs ont été présentés aux praticiens :

- le choix d'une hospitalisation de 48 heures ou d'une séance d'hôpital de jour ;
- la différence de tarification entre une biopsie simple et une biopsie exérèse ;
- la différence majeure de tarification entre une autogreffe de durée moyenne de séjour supérieure ou inférieure à 12 jours ;
- la différence entre un tarif bilan d'extension et un tarif de chimiothérapie en unité de jour
- les soins d'HAD avec ou sans soins complémentaires et surveillance.

Le message adressé à la communauté médicale était que la T2A impose de mieux formaliser les protocoles thérapeutiques, de prévoir les durées d'hospitalisation, de gérer les sorties comme les entrées.

Aujourd'hui la pression sur l'équilibre recettes dépenses par sous-unités s'accroît avec la T2A et le renforcement des contrôles de la sécurité sociale. D'où un effort important sur les coûts, car semble-t-il les efforts précédents réalisés sur la DMS font que les marges de manœuvre de ce point de vue sont aujourd'hui limitées, d'autant que la nature de la pathologie constitue également une limite (par exemple 10 jours incompressibles pour le cancer du côlon) et qu'il faut prendre en compte l'état clinique du patient. On est aujourd'hui proche de 5 jours en moyenne et une stagnation de la DMS sur un plateau par type d'activité. Les chimiothérapies ont été réduites en durée à 2/3 jours, les allogreffes de moelle également mais sans descendre en dessous de 20 jours.

Selon la DIM, la politique de réduction de la DMS engagée avant la T2A par les CLCC sera cependant poursuivie. Le lien ville hôpital peut encore permettre par une meilleure gestion de l'aval une baisse de la DMS.

Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ont beaucoup progressé (entre 2003 et 2006, augmentation de 34 % des séances d'hôpital de jour ; de 24 % des séances d'hôpital de jour chirurgical et de 90 % des entrées en hospitalisation à domicile) mais elles sont en baisse en 2007. Ces activités seraient pour l'hôpital de jour médical intrinsèquement peu rentables et seul un effet volume avec un haut niveau d'activité permettrait de les rentabiliser selon la DIM. Par contre l'activité d'endoscopie a été revalorisée en ambulatoire.

Dans **l'unité d'oncologie médicale 2** qui prend en charge des patients atteints de cancers du poumon, de gynécologie (seins), de l'appareil digestif, d'urologie, de dermatologie et d'endocrinologie, la réduction de la DMS est une préoccupation ancienne. Deux voies ont été explorées : les alternatives à l'hospitalisation et gestion de la sortie.

Des contacts ont été noués avec les maisons de convalescence. Les cadres de santé sont référents pour 9 établissements de convalescence dans le territoire.

Dès l'admission, une évaluation est faite avec le patient et sa famille pour décider soit d'un retour à domicile soit d'un séjour dans une maison de convalescence.

En 2004 le département a commencé à mettre en place des soins de support avec des infirmiers libéraux. 3 IDE coordinateurs travaillent avec les cadres de santé pour organiser la prise en charge infirmière à la sortie. Si un patient n'a pas d'infirmier attitré, le coordinateur va en trouver un en prenant contact avec un libéral du réseau ILUP « infirmiers libéraux et hospitaliers unis pour le patient ». Pour éviter les démarches au patient, les coordinateurs recherchent un prestataire pour le matériel et contactent la pharmacie du patient. Pour

permettre une bonne sortie, la gestion des médicaments hospitaliers est également anticipée. Depuis plusieurs années l'objectif est d'éviter les réhospitalisations.

Mais dans l'unité, les efforts de réduction de la DMS atteignent leur limite avec beaucoup de patients en soins palliatifs et plus de mal à trouver des places d'aval.

L'objectif de réduire d'encore d'une demi-journée. La DMS à 4,5 j sera un palier, car selon le cadre de santé « on peut encore faire des petites choses mais on a fait le maximum ».

Les axes de travail envisagés sont la préparation de la sortie pour les patients en soins palliatifs, les personnes âgées isolées ou pas socialement et les patients entrant en état général déficient, l'anticipation de la sortie le matin au lieu de 13h30 avec une visite médicale bouclée à midi pour les patients autonomes (avec l'idée de faire sortir un ou deux patients par jour de cette manière).

La poursuite du travail sur les alternatives à l'hospitalisation : avec le développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile pour les patients habitant la ville.

En **hôpital de jour** (60 à 70 chimiothérapies ambulatoires par jour, 400 poches transfusées soit 10 à 12 patients jour en moyenne) la tarification à l'activité est une préoccupation qui conduit à chercher à gagner tant sur l'activité que sur les coûts de production.

Une nouvelle organisation de la prise en charge est en place à l'hôpital de jour médical depuis février 2007 (organisation journalière par pathologie avec des médecins référents) et a pour but de senioriser la prise en charge des patients, fluidifier l'activité et réduire le temps d'attente des patients.

Quotidiennement, un médecin senior est chargé de répondre aux urgences : il rencontre les patients non programmés qui se présentent avec des douleurs ou des symptômes à l'HDJ, et décide de leur éventuelle hospitalisation.

Le cadre de santé a pleinement conscience de la nécessité de faire des économies au regard de l'activité et dispose des outils de suivi et de référence pour mener ceci à bien.

Les patients pris en charge en HAD habitent la ville : il est en effet primordial de ne pas avoir de distance trop importante entre l'établissement et le domicile du patient, car il faut arriver à concilier cette distance, avec la durée des traitements et les horaires de travail des infirmières (complexité de l'organisation). L'établissement a par le passé mené une étude de coûts qui montrait que cette activité s'équilibrait (à condition que les molécules onéreuses soient bien prises en charge en plus des séjours). Cette étude doit être réactualisée dans les mois qui viennent.

En **ambulatoire**, les efforts portent sur des économies dans différents domaines telle que utilisation des perfuseurs pour plus d'une molécule, suivi des examens en supprimant les bilans standard décidés sur protocole et en imposant toujours une prescription médicale.

En **oncologie médicale**, la question de la maîtrise des dépenses est également centrale.

Sur les deux dernières années un effort de rigueur sur les dépenses a été réalisé en faisant des commandes « rationnelles » pour le matériel médical et non médical, la pharmacie.

La pose des sites implantables (cathéters), est faite à l'extérieur en ambulatoire si les patients sont en mesure de le supporter. L'unité utilise une tubulure à perfusion par 24 h en ne la remplaçant pas systématiquement sachant que 100 tubulures sont utilisées par jour.

En matière de suivi des coûts, c'est **le bloc opératoire** qui est pilote, mais ce type d'action pourrait être développée dans les autres unités.

Toutes les semaines, la réunion bloc regroupe le médecin responsable du département, également sous directeur du CLCC, le cadre supérieur du bloc, la Directrice financière, la DIM, le contrôleur de gestion et son assistante. Une revue du déroulement de la semaine est réalisée, le but étant d'harmoniser les pratiques entre intervenants au bloc. L'ensemble des postes de dépenses en matériel de bloc est examiné. Le représentant des achats y participe également en tant que de besoin. L'objectif est de stabiliser les coûts 2008 par rapport à 2007.

Il s'agit, pas exemple, de valider le choix des références des fils et autosutures avec l'objectif d'en réduire le nombre, de décider de limiter le référencement des nouveaux fils à deux fois par an pour éviter les choix intempestifs des chirurgiens à l'initiative des fournisseurs, d'interdire l'entrée du bloc aux fournisseurs, de limiter à une quinzaine les pinces et autosutures pour éviter les dérives (chaque chirurgien a sa pince), de confirmer le choix de trousses de sites implantables à usage unique.

Les sommes en jeu sont importantes avec par exemple des dépenses de fils de 110 000 euros et de 300 000 euros en pinces et autosutures.

Dans le cadre du groupe bloc opératoire, le contrôleur de gestion travaille sur un outil d'estimation des temps opératoire et des besoins en effectif soignants et administratif par type d'opérations débouchant sur une valorisation en euros du coût des interventions. (13 opérations identifiées à ce jour).

L'externalisation des examens a coûté très cher, car auparavant la biologiste faisait rempart. Depuis on a travaillé sur les prescriptions de laboratoire. L'idée est de réduire les coûts sans le vivre dans la frustration. Ainsi on a baissé de 30 % la facture de la biologie en 3 mois.

Plus globalement les centres de lutte contre le cancer se sont dotés en 2006 d'une **centrale d'achats sous la forme d'un GIE, le « consortium d'achats des CLCC »**. Le bilan 2006 fait état de prévisions d'économies pour tous les établissements de l'ordre de 19 % pour les dépenses de logistique et de 3 % pour les médicaments, les établissements étant libres d'adhérer ou non au groupement et de choisir la solution de l'achat groupé.

2.2 L'évolution du système de gestion

2.2.1 Le codage

Depuis la mise en place du PMSI, la codification était assurée historiquement par le DIM qui centralisait l'information. Depuis la codification CCAM (classification commune des actes médicaux), le codage des actes a été décentralisé mais est vérifié par l'équipe du DIM. La hiérarchisation des diagnostics est faite par le personnel du DIM (techniciennes d'information médicales et médecins). (NB il n'y a pas de hiérarchisation pour les actes).

Des thésaurus ont été mis au point mais le DIM reprend tous les actes et effectue les corrections. L'exhaustivité est de 100 % avec une fiabilité garantie par le DIM. Selon le médecin responsable du DIM, il n'existe plus beaucoup de marge de manœuvre sur le codage des diagnostics et CMA car le CLCC y travaille depuis 1994 (prévoir formation des internes qui changent régulièrement). Les oublis potentiels de codage (recherche d'exhaustivité) sont mensuellement recherchés en comparant les listings d'hospitalisation entre le bureau des entrées et les sorties du logiciel de dossier médical CROSSWAY.

Concernant les « actes frontières » (hôpital de jour médical et chirurgical) circulaires d'août 2006 le Dim vérifie et confirme l'adéquation patient structure.

Le codage des actes CCAM est effectué par :

- les médecins en endoscopie qui codent eux-mêmes ;
- au bloc, les IBODE ;
- en imagerie il semble que le codage soit délégué à la secrétaire et au cadre infirmier.

Un dossier médical informatisé est en place depuis 1994 et généralisé depuis 1995. Il a évolué depuis en se complétant. Le dossier médical comprend :

- les données administratives sur le patient, ses mouvements et ses droits gérées par le bureau des entrées (logiciel HM) ;
- toutes les informations de prise en charge avec « scannerisation » possible des éléments réalisés à l'extérieur : compte rendu, actes, courriers de sortie, dossier transfusionnel (depuis 1 an)... (logiciel CROSS WAY).

Tout le monde a accès au système avec un login de connexion au réseau et un mot de passe, définissant les droits d'accès aux informations en fonction du métier.

Le dossier soignant reste manuel ainsi que les prescriptions médicales.

Le dossier d'anesthésie toujours manuel n'y figure pas comme les informations du bloc et de salle de réveil.

La T2A n'a rien modifié dans le comportement du DIM et des médecins, ce qui a changé ce sont **les délais de production**.

Auparavant le codage s'effectuait **tous les 6 mois**. Aujourd'hui il s'effectue à **N+1 soit le 30/31 du mois suivant**. Le DIM est toujours confronté au dilemme qualité-rapidité sachant qu'elle préfère être en retard de 4 ou 5 jours afin d'assurer une meilleure qualité. Le PMSI vérifié par l'ARH est rendu la 1ère semaine du mois N +2 pour paiement le 15 (soit avec une semaine de décalage).

L'assurance maladie contrôle de son côté a posteriori.

Le service s'est organisé pour avoir l'information à temps et a raccourci les délais de production à effectif constant.

En 2005, la direction a passé un message fort sur la nécessité « d'assurer une saisie sans faille de l'activité », avec un appel à la vigilance pour « avoir une activité bien tracée et bien

ordonnée et obtenir des recettes complémentaires (supplément de chambres individuelles, appartements thérapeutiques...) ».

La codification reste une difficulté réelle. Ce qui est et reste problématique est l'écart entre le libellé des GHS et l'activité réalisée par les médecins. Les libellés PMSI puis T2A n'ont pas de signification pratique pour les médecins et ne correspondent pas à leur mode de classification des pathologies, leur manière de raisonner sur les malades.

Le codage des séjours peut ainsi conduire à des résultats étonnants comme le montre le classement du Nouvel Observateur.

Un travail est engagé avec la chirurgie pour offrir une analyse compréhensible pour les médecins de ces données.

L'évolution des GHS chaque année est un problème ; exemple de la leucémie et des lymphomes qui ont été éclatés cette année. Les comparaisons sont difficiles dans un système non figé. Le nombre des GHS est aussi trop important et leur réduction serait une bonne chose.

2.2.2 Les outils de gestion

Le support d'information des unités sur la gestion est un élément du réseau INTRANET du CLCC. Il est ouvert sans restriction à tout le personnel.

Tous les 13 du mois N+1 on dispose des chiffres du mois N (sauf en décembre qui demande des vérifications supplémentaires).

Il présente **les tableaux de bord pour les mois de l'année en cours** :

- suivi budgétaire simplifié
- suivi budgétaire par département
- suivi budgétaire détaillé par départements (cliniques, médicotechniques et autres)

Il présente **les comptes rendus des réunions budgétaires 2007** par départements ou unités

Il détaille **les dépenses du CLCC pour l'année en cours** :

- **pharmacie** (pharmacie par UF, molécules liste T2A , palmarès des molécules hors liste T2A, molécules rétrocedées, molécules en autorisation temporaire d'utilisation ;
- **laboratoire extérieur** ;
- **matériel médical** (médical par UF, palmarès du médical, dispositifs médicaux implantables ;
- **matériel non médical** par UF ;
- **produits sanguins.**

Il précise **l'activité du CLCC** pour l'année en cours (consultations, nouveaux dossiers, interventions chirurgicales, endoscopies, radiothérapie, chimiothérapie, greffes, thérapie cellulaire).

Un état prévisionnel des recettes et des dépenses est également produit chaque mois.

À partir de 2008 le chiffre d'affaires du mois N-1 du CLCC sera affiché avec la volonté de ne pas le détailler par départements.

Au-delà des informations disponibles dans l'outil de gestion, **l'outil Infoview de Business Objects**, permet à partir de requêtes spécifiques, d'analyser de manière fine les données unité par unité, dépense par dépense.

L'intérêt d'intranet est de permettre une grande transparence et de donner une vision réactive mais toujours du passé. Alors que jusqu'à présent les données fournies étaient des données rétrospectives sur les situations passées, le CLCC souhaite développer l'anticipation de l'activité et des informations prévisionnelles vont être fournies aux unités. En 2008, une ligne objectif pour des opérations dites traçantes (12 opérations représentant 80 % du chiffre d'affaires discutées avec les chirurgiens).

Des réunions budgétaires sont organisées régulièrement. Elles ont été l'occasion de présenter les règles T2A (en 2005) Les dernières ont eu lieu en septembre 2007 et en décembre 2007. Elles regroupent plusieurs unités avec le chef de département, tous les médecins et le cadre de santé, la direction financière, le contrôleur de gestion et un médecin du DIM.

Elles comprennent l'examen de l'activité (chiffre d'affaires comparé, données caractéristiques de l'activité) l'étude des dépenses par nature internes et externes (sous-traitance), la comparaison du budget et du réalisé, l'examen des demandes d'investissement.

À la suite de ces réunions des groupes de travail ont pu être constitués comme par exemple en médecine pour l'HAD.

Elles sont l'occasion de passer des messages forts dans les unités comme par exemple « pensez à coter vos co-morbidités », « évitez les examens superflus ».

La comptabilité analytique

L'établissement considère que sa comptabilité analytique doit être améliorée. Cependant l'analyse des coûts et des tarifs est difficile compte tenu la multiplicité des GHS où il est difficile de se retrouver.

Les outils propres à chaque unité

Des outils spécifiques ont pu être mis en place. Ainsi en oncologie médicale 2, le cadre de santé tient son propre tableau de bord avec le total des dépenses mois par mois (depuis septembre 2007) : dépenses de laboratoire, pharmacie, matériel médical et matériel non médical.

La formation à la gestion

Lors de la mise en place de la réforme en 2004 des présentations ont été faites dans les secteurs aux médecins et aux cadres infirmiers.

Un séminaire léger et accessible de sensibilisation à la problématique de la gestion est prévu en avril mai 2008 pour les médecins et les cadres : il s'agit sur une demi-journée de faire comprendre les grands rouages de la gestion et la logique du contrôle de la dépense. Il s'agit également de permettre la sensibilisation des internes par leurs confrères. Il répondra aussi au besoin d'aider les gens à accéder à l'information de gestion sur PC.

Ce séminaire est en cours de préparation avec le service formation.

Il fait suite à un séminaire jugé trop technique sur la T2A et l'EPRD présenté par un organisme extérieur et suivi par certains cadres et médecins de l'établissement en 2007 (la DHOS finançant ces formations dans les établissements).

Le cadre de santé en oncologie note cependant « qu'il n'est pas évident d'inculquer au personnel une **culture de maîtrise des dépenses** ». Pour essayer de faire comprendre son importance, lors de la réunion de staff infirmier tous les matins à 9 h, le cadre, passe des messages forts par rapport aux commandes, aux IDE et AS.

Se concentrer sur les recettes

En conclusion, pour l'établissement **la T2A suppose de se « reconcentrer » sur le chiffre d'affaires**. Il est nécessaire dans ce contexte de repenser les outils de gestion en se focalisant sur cette dimension. Mais l'établissement est prudent sur l'idée de comptes d'exploitation par secteur qui peut se révéler dangereuse car en jouant sur les critères d'activité rentable ou non rentable, elle présente le risque de remise en cause de la solidarité entre unités dans l'établissement.

2.2.3 Le processus de facturation et l'évolution du contrôle de gestion

Le médecin responsable du DIM est clairement positionné sur le suivi des coûts de production du CLCC. Elle souhaite faire en sorte que les médecins relient coût et qualité alors qu'il existe encore une tendance chez certains à penser que qualité et coût sont indépendants voire contradictoires. Il convient de faire comprendre le gain financier n'ira jamais à l'encontre de la qualité mais que la lutte contre le gaspillage est légitime et synonyme de qualité.

Un nouveau contrôleur de gestion a été recruté le 1^{er} août 2007. Rattaché à la direction financière, le contrôleur de gestion dispose d'une assistante qui alimente l'outil de gestion.

Le contrôleur de gestion travaille de manière très proche des services. Tous les mois, le contrôleur de gestion regarde les chiffres et interroge les services sur les évolutions de dépenses. Il a un rôle de formation sur les questions de gestion auprès de chaque nouveau cadre et assure également des mises à niveau pour les anciens. Il participe aux réunions budgétaires, aux réunions du bloc opératoire.

Le bureau des entrées est rattaché comme le contrôle de gestion et la gestion des comptes à la direction financière sous l'intitulé « **gestion des patients** ». Il occupe 9 agents et n'a pas été étoffé avec la T2A.

L'impact de la T2A se traduit par une exigence de rigueur accrue. La liaison entre le DIM et le bureau des entrées s'est renforcée. Il y a gagné en considération de la part des cadres soignants et des médecins.

Un nouveau logiciel (HOPITAL MANAGER) va remplacer au 1^{er} janvier 2008 (en cours de mise en exploitation) le précédent R2I Santé Gestion. Le précédent logiciel ne répondait plus aux besoins de la nouvelle tarification. Son implantation est donc pour partie liée à la T2A, qui en a accéléré le besoin.

Le nouveau logiciel permet de confronter facilement les données issues de CROSSWAY (dossier médical PMSI) et celle du dossier administratif et faire que le DIM et le bureau des entrées se comprennent.

Une petite cellule comprenant le DIM, la directrice financière, le contrôle de gestion et la DSIO, avec la responsable de la pharmacie a commencé à travailler dès 2003-2004. Au sein de la DSIO (direction des systèmes, de l'information et de l'organisation), un chargé d'étude a en charge le dossier T2A. Au départ, le système d'information était orienté « patient » et non « séjour ». Il a fallu faire évoluer le système d'information autour du n° de séjour dans CROSSWAY et dans le logiciel de facturation (GAP facturation R2I santé) avec des problèmes d'interfaçage entre applications.

La mise en place du nouveau logiciel est l'aboutissement de ce processus.

La facturation des actes externes en CCAM a débuté en septembre 2005 (CCAM tarifante). Elle se heurte à des difficultés car les médecins et les cadres ne sauraient pas correctement coder. Le DIM ne contrôle pas les actes externes qui restent sous la responsabilité des médecins et des cadres médico-techniques. Le bureau des entrées ne peut plus facturer de suite et doit attendre le compte rendu médical, avec une dissociation des informations administratives et médicales.

Les contrôles du bureau des entrées qui s'effectuaient au jour le jour se font aujourd'hui en différé (de 7 à 15 jours), ce qui a changé sa manière de travailler.

2.3 L'organisation interne de l'établissement

2.3.1 La répartition des effectifs et des ressources

La T2A n'est pas un facteur clé concernant le volume et la structure de l'emploi, mais c'est un élément amplificateur.

Avec le goulot d'étranglement du coefficient de transition, l'établissement entend regarder de très près ses facteurs de production. La production de recettes attendues est examinée attentivement avant de décider de recruter. L'établissement a également la possibilité de réduire ses effectifs. La question des emplois non producteurs de soins tels que diététicien, psychologue, sophrologue ... pourrait se poser en l'absence de moyens financiers.

En revanche, les stratégies d'externalisation (logistique, laboratoire, intervenants médicaux et soignants dans certains cas) sont préalables à la T2A. Elles ont permis de gagner globalement malgré quelques difficultés (laboratoire).

Au bloc opératoire, l'étude des coûts des principales opérations conduit à s'interroger sur les effectifs alloués et les temps opératoires prévus par type d'opération.

Avec un TROS de 80 % (taux conventionnel MEAH) soit 54 heures d'utilisation du bloc, l'objectif est d'augmenter encore le temps d'utilisation du bloc.

2.3.2 L'organisation d'ensemble

La T2A n'a pas eu d'impact sur l'organisation des départements. Le CLCC est organisé hors recherche en 6 départements :

- Département Oncologie médicale avec 3 unités et un chef de département (tumeurs solides : sein, colon, rectum, foie, poumons, prostate, gynécologie et une unité de médecine endoscopique) ;
- Département Hématologie clinique avec 4 unités, 3 d'hospitalisation et une de greffe (9 lits) et un chef de département (un gros département traitant notamment l'hématologie « lourde », leucémies, lymphome, myélome) ;
- Département Chirurgie viscérale avec une unité (colon, rectum, foie, pancréas) ;
- Département Chirurgie mammaire et prostatique avec une unité ;
- Département anesthésie réanimation avec une réanimation polyvalente (moitié hématologie et moitié chirurgie) ;
- Département ambulatoire, hôpital de jour et consultations.

et un plateau technique avec :

- 1 bloc de 9 salles dont 6 de chirurgie et 3 d'endoscopie ;
- 1 service d'imagerie classique (Scanner + IRM – courant 2008) ;
- 1 service de médecine nucléaire (dont un Tep Scan) ;
- 1 département de radiologie ;
- 1 département de biopathologie, biologie du cancer, anapathomo-pathologie, oncogénétique ;
- La biochimie est externalisée depuis un an et demi.

2.3.3 Le système de décision

Un des atouts du CLCC est sa direction médicale concentrée. Le directeur général est également le président de la CME qui est plus une assemblée générale de société qu'un forum de la communauté médicale. Il est également le responsable du département d'oncologie.

Un des deux sous directeurs est médecin anesthésiste, responsable du département d'anesthésie réanimation et du bloc opératoire. Il dispose de ce fait d'une forte crédibilité à l'égard de ses confrères.

La ligne de direction courte a pour conséquence une absence d'inertie et une réactivité forte. L'établissement est par ailleurs de taille relativement réduite.

Ce contexte, certes indépendant de la T2A, permet de traiter les questions économiques en grande transparence et avec réactivité.

2.4 La gestion des ressources humaines et le dialogue social

2.4.1 Le recrutement médical

Dans les centres de lutte contre le cancer, le médecin idéal était un salarié temps plein spécialiste payé 20 % de plus que dans le public car ne disposant pas de la possibilité d'une activité libérale. Un chirurgien sera ainsi en général plus mal payé que dans le privé lucratif ou dans le public avec une activité libérale.

En revanche dans tous les centres, le coût d'un médecin charges comprises est plus élevé que dans le public avec un besoin de productivité supplémentaire évalué à 30 % (charges sociales supérieures de 7 %, taxes sur les salaires, écart de rémunération).

Or ces 20 % de rémunération supplémentaires sont dans les coûts salariaux mais pas dans les GHS. Cette situation pose d'ores et déjà un problème d'attractivité pour le CLCC.

2.4.2 Le dialogue social et le système conventionnel

L'introduction de la T2A va conduire à un basculement des niveaux de négociation. Antérieurement avec le dispositif d'agrément des accords en matière de rémunération notamment, c'était le niveau national qui était pilote avec une transposition au niveau local. Dans le système T2A où l'agrément a été supprimé, c'est au niveau local que les politiques peuvent être conduites ce qui aboutira à une différenciation des politiques des établissements. Plusieurs établissements dont le CLCC ont revendiqué une plus large autonomie dans la politique salariale.

Des travaux sont conduits au niveau de la fédération pour trouver une règle du jeu. L'idée serait de définir un niveau médian en laissant aux centres des marges de manœuvre à la hausse ou à la baisse.

2.4.3 L'évaluation et l'intéressement aux résultats

Un accord d'intéressement pour l'ensemble du personnel a été signé il y a 5 ans. Il est basé sur l'atteinte de critères quantitatifs et qualitatifs tels que les quantités produites, l'évolution de l'absentéisme, le taux de satisfaction de la clientèle. S'il a produit les trois premières années, les exercices 2006 et 2007 ont été déficitaires et les salariés n'ont rien touché, la T2A ayant « saboté l'accord ».

Le message de la direction « vos efforts seront récompensés » ne reçoit plus application et il existe un risque de dégradation du climat social.

Concernant les médecins, il existe une tendance à revendiquer au regard de la T2A un mode de rémunération à l'activité et aux recettes.

Pour valoriser les efforts des médecins, **une prime individuelle** leur est versée depuis 2004. Elle est déterminée par le comité de direction sur la réalisation d'objectifs (de soins, de management, d'enseignement). Elle est fixée soit à 0, 1 500 ou 5 000 euros. Ce système fixe a pour objectif de favoriser les jeunes médecins qui touchent des salaires plus faibles.

Le défi pour l'établissement est d'imaginer un management médical qui permette d'intégrer l'activité comme critère d'évaluation mais en assurant un équilibre entre les secteurs ainsi qu'un système d'intéressement qui préserve l'esprit spécifique du CLCC.

Introduire l'intéressement tout en gardant l'esprit « hôpital » est le gros défi pour l'avenir. Un groupe de travail au niveau de la fédération a été mis en place dans ce but.

2.5 La stratégie de l'établissement

L'établissement s'interroge sur le passage à la tarification à l'activité « pure » et se demande quand elle interviendra. Car la formule actuellement retenue lui est très défavorable. LE CLCC se considère comme bien placé du point de vue de la productivité vis-à-vis des autres centres et des autres établissements hospitaliers (par exemple le ratio masse salariale par ETP médical ou non médical, l'activité facturable par ETP). Il développe le benchmarking qui le situe fréquemment en bonne position.

La T2A serait confortable si elle était totalement appliquée et favoriserait le dialogue social car aujourd'hui l'incertitude et l'absence de clarté de l'avenir sont une source de perturbation pour les partenaires sociaux pour qui l'avenir est illisible.

LE CLCC rencontre un autre défi qui est celui du financement de l'innovation. Le coût élevé de la chirurgie robotisée pour laquelle l'établissement a fait des investissements lourds n'est pas valorisé dans la T2A.

L'établissement constate que le système doit conduire à développer de l'activité rentable pour payer les innovations et assurer les prises en charge lourdes et non rentables.

Il faut 2 ou 3 ans en règle générale pour qu'une innovation devienne rentable. LE CLCC devra trouver des gains pour la financer lors de son lancement ou des sources de financement de l'innovation ailleurs que dans l'assurance maladie. Cela interroge la politique d'innovation des centres de recours et de référence.

Concernant les activités non rentables, la T2A pourrait conduire à une réorientation des pathologies traitées, comme le montre l'exemple du cancer du rectum. Le cancer du rectum est lourd et onéreux. L'établissement devrait développer le traitement du côlon simple pour compenser la charge. Car actuellement, le CLCC traite un rectum pour deux colons, alors qu'ailleurs la proportion est de 1 rectum pour 4 colons. Cette orientation serait cependant contraire aux attentes des médecins qui acceptent des conditions financières moins favorables compte tenu de l'intérêt de l'activité. Dans d'autres spécialités l'équilibrage est plus facile (cancer du sein par exemple).

Cela peut l'amener à se demander si l'établissement ne paye pas cher son projet chirurgical innovant (coeliochirurgie, chimiochirurgie). La seule solution est d'être extrêmement vigilant sur les coûts et de rechercher en permanence les sources de productivité.

L'établissement craint également que les propositions de coopérations ne visent surtout à transférer la charge des activités à perte.

Annexe 7 - Le cas de la clinique 1

1. Le contexte de la clinique 1

1.1 - Présentation générale

La clinique est située en région parisienne, dans la grande couronne. Elle occupe des locaux tout neufs (emménagement en 2005) ; l'année 2006 a donc été une année de démarrage de l'activité dans ces nouvelles conditions.

- En chirurgie la clinique possède à peu près toutes les spécialisations, sauf la neurochirurgie et le cardio-vasculaire ; elle a été l'une des premières en France à se lancer dans la chirurgie ambulatoire.
- En médecine, elle a une activité ancienne en cancérologie (elle est adossée à un centre de radiothérapie qui possède 3 accélérateurs de particules), et elle développe maintenant une activité de médecine générale, en accord avec son statut d'ex-« UPATOU » depuis 2005.

Il s'agit d'une clinique indépendante, appartenant à un collectif de chirurgiens. 94 praticiens y travaillent, à temps plein ou partiel, mais avec régularité (on n'est pas dans un concept de clinique ouverte). L'ossature est constituée de 8 chirurgiens et 7 anesthésistes qui représentent 85 % du capital.

Capacité

179 lits et places, dont :

- Chirurgie : 91 lits,
- Médecine cancérologie : 21 lits (dont 2 curiethérapies, et reconnaissance soins palliatifs),
- Médecine polyvalente : 8 lits,
- Chimiothérapie ambulatoire : 10 places,
- Chirurgie ambulatoire : 38 places.

7 blocs mixent pour hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire

2 blocs pour l'endoscopie

À venir 2 blocs supplémentaires, en 2008 et 2009

Activité annuelle (environ)

- 6 200 séjours en hospitalisation complète (chirurgie et médecine), soit 36 000 journées,
- 11 800 passages en chirurgie ambulatoire, (représentant 65 % des actes effectués au bloc),
- 6 000 séances de chimiothérapie ambulatoire,
- 14 000 passages aux urgences (clinique UPATOU).

Chiffre d'affaires : 25 millions d'euros.

Organisation et ressources humaines

Les effectifs se montent à 200 ETP, hors services de bio nettoyage, lingerie et restauration, sous-traités.

La clinique fonctionne avec deux postes de travail par jour, les horaires étant :

- Jour : 7h15-19h45, soit une amplitude de 12h30, mais une durée de travail effectif de 12 heures, une durée de 30 mn étant prévue pour le repas et exclue du temps de travail. En revanche, deux pauses de 20 minutes sont prévues dans le temps de travail effectif.
- Nuit : 19h30-7h30, avec des chevauchements limités de 15 minutes entre chaque poste.

Les temps d'habillage-déshabillage sont rémunérés, mais n'entrent pas dans le temps de travail effectif. Ceci vaut pour les IDE et les AS, mais les ASH (restauration et bio-nettoyage) sont externalisés.

Les équipes sont fixes, avec la répartition suivante :

Chirurgie 1 et chirurgie 2 (42 lits) : 3 IDE et 3 AS de jour, 2 IDE et 1,5 AS de nuit.

Médecine (21 lits) : 3 IDE et 3 AS de jour, 2 IDE et 1 AS de nuit.

Médecine générale (14 lits) : 1 IDE et 1 AS de jour + 1 IDE en 8h, 1 IDE et 0,5 AS de nuit.

2.2. Visite de l'établissement

L'établissement, construit en 2004-2005, présente la forme d'un X aux branches inégales, l'accueil se faisant au centre du X.

La branche technique, plus large que les autres, abrite :

* Au sous-sol :

- la pharmacie et les archives, et divers locaux techniques,

* Au rez-de-chaussée :

- les urgences (délai moyen de passage de 1h15), dotées d'un système informatique permettant de visualiser l'occupation des ressources à tout moment et de tout point ; 4 lits portent ; les relations avec le SAMU 95 ne donnent pas entière satisfaction, ce dernier semblant favoriser l'hôpital public de Pontoise où il est implanté ;
- 40 postes pour la chirurgie ambulatoire : les patients ont chacun un box dédié pendant leur passage ; les postes sont décorés de façon ludique (décor évoquant la plage, armoires en forme de cabine de bains) ; les patients sont emmenés en fauteuil puis brancard au bloc (commun pour la chirurgie ambulatoire et celle de l'hospitalisation complète).

• Au 1^{er} étage :

- Les blocs opératoires ;

Le bloc dispose de 7 salles, plus 2 salles pour l'endoscopie, une salle de réveil de 17 postes. Une unité de soins intensifs surveillance continue, non reconnue officiellement d'un point de vue tarifaire, abrite 6 lits (box individuels pour by-pass digestifs, vasculaire, etc.), plus 4 utilisés pour les réveils tardifs l'ambulatoire devant rester, et servant de réserve pour les lits d'urgence.

À terme, l'informatique sera implantée dans chaque salle pour le codage direct ; et un système de suivi logistique informatisé est en cours d'implantation, pour le suivi des DMI et divers matériels utilisés.

Le bloc emploie 17 infirmières, en horaires décalés, et il est ouvert de 8 à 19h30 (en projet 18h), le samedi matin jusque 14h. La salle de réveil est ouverte jusque 20h, plus astreintes au-delà.

Les 3 autres branches, plus étroites, logent :

- Dans les étages :
 - Au 3^{ème} étage dans une branche, les consultations d'ORL et ophtalmo, les expertises médicales, ainsi que la salle du Conseil (où se tiennent 3 staffs hebdomadaires, en cancéro générale, et en cancéro spécialisée, chirurgie digestive d'une part, et cancer du sein d'autre part) ;
 - aux 1^{er} et 2^{ème} étages, (1^{er} seulement pour la plus basse), les chambres d'hospitalisation :

Chirurgie orthopédique, vasculaire, urologie : 43 lits ;

Médecine oncologie : 21 lits, dont 2 chambres aménagées pour la curiethérapie ;

Chimiothérapie ambulatoire : 11 fauteuils ;

Médecine générale polyvalente et gériatrie : 14 lits ;

Chirurgie digestive : 42 lits.

Le centre du bâtiment est occupé à chaque étage par le poste de secrétariat d'étage, responsable de l'accueil des patients (les amener à leurs chambres, leur expliquer l'usage de la télévision, des volets, etc ; les aider avec leurs valises) ; et surtout responsable du dossier du patient, à remplir de façon claire et complète avant transmission au PMSI.

- Au rez-de-chaussée :
 - les consultations pour deux d'entre elles : les chirurgiens sont indépendants et paient à la clinique une redevance pour le personnel et le loyer ;
 - un laboratoire ouvert 24 heures sur 24. (ce dernier, bien qu'abrité dans les mêmes locaux, constitue une société indépendante) ;
 - l'administration pour la dernière.

* Un sous-sol aménagé reçoit le restaurant d'entreprise.

La clinique est installée dans une zone charnière entre ville et campagne, à proximité d'un centre commercial, et de voies routières rapides. L'accès nécessite un véhicule, bien qu'une ligne de bus desserve le lycée voisin, mais avec une fréquence faible.

Les terrains alentour sont en travaux, pour accueillir d'autres bâtiments qui constitueront un pôle santé. Pour l'instant sont construits : la clinique, le bâtiment de la radiothérapie, et celui de l'imagerie, ainsi qu'un Ehpad. L'ensemble doit être complété par une maison médicale, un établissement de soins de suite, une crèche interentreprises, un centre de psychothérapie, une extension de radiologie, et enfin une résidence hôtelière.

Il est également prévu de revoir les locaux dédiés aux urgences d'une part, à la chirurgie ambulatoire d'autre part.

2.3. Gestion et calcul de coûts

Le service PMSI est une activité sous-traitée à un cabinet extérieur.

Les chirurgiens privés qui opèrent à la clinique sont évidemment vigilants en ce qui concerne leurs honoraires, mais c'est la clinique qui doit se charger de surveiller la rentabilité des actes effectués.

Pour l'instant, la clinique n'a pas de comptabilité analytique lui permettant de disposer d'éléments pour chaque GHS, ou chaque intervention. Elle gère donc au global. Les chirurgiens perçoivent leurs honoraires, mais très peu de dividende, les marges dégagées étant réinvesties dans l'outil de travail. Leur préoccupation première est donc le chiffre d'affaires. Mais la T2A oblige à s'interroger sur les composantes de coûts afin de déterminer les marges sur interventions, et opter pour le processus le plus efficient.

Au-delà des calculs de coûts, il faut parvenir à intéresser le corps médical aux résultats qui apparaîtront, de façon à leur permettre de prendre les décisions qu'ils jugeront opportunes. Il semble que la philosophie générale ne soit pas à vouloir brutalement supprimer les activités qui se révéleraient non rentables, mais plutôt à chercher alors les moyens de parvenir à ajuster les coûts aux tarifs proposés, ou à restreindre la pratique au strict nécessaire.

Parmi les exemples évoqués, on peut citer :

- Les interrogations sur l'utilisation de tel ou tel matériel : ainsi les varices peuvent être résorbées en utilisant pour la fermeture des clips non remboursés (50€), ou des fils (0€)
- les interrogations sur la rentabilité d'un segment d'activité :

Les anneaux gastriques semblent maintenant moins prometteurs qu'au début (obligation de reprise dans 50 % des cas). On préfère les by-pass. Mais encore faut-il savoir si le processus adopté permet de dégager une marge.

- les arbitrages entre différents modes de prise en charge des patients :
 - Entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète, ce qui n'est pas forcément facile dans les cas limites (cas des vésicules qui restent une nuit ou deux, alors que la limite pour l'ambulatoire est de 48h).
 - Entre l'ambulatoire et les soins externes : quand l'anesthésie est locale, la réglementation prévoit des soins externes, avec des forfaits réduits à 40, 60, ou 80 €, au lieu de 200 en ambulatoire. De ce fait, les marges deviennent négatives, et il faut demander au chirurgien de verser une redevance à la clinique pour couvrir les frais. Il s'agit bien d'une divergence d'appréciation entre le corps médical et la Sécu : ce type d'intervention nécessite-t-il un passage au bloc ? Les chirurgiens insistent sur la sécurisation que cela représente.

Les services administratifs éditent des suivis mensuels, trimestriels, et annuels des activités et des coûts, avec comparatif à l'année précédente, et un comité de gestion a été mis en place qui analyse ces données chaque trimestre. Chaque poste de dépenses est ainsi regardé, et des actions correctrices sont instaurées si nécessaire : à titre d'exemple, une fuite d'eau

importante a été décelée à partir des données comptables ; le tri sélectif des déchets a été renforcé pour abaisser la facture.

On assiste donc pour l'instant à un renforcement de la vigilance administrative, et l'avenir montrera si le corps médical est amené à modifier certains de ses comportements, ou à infléchir sa stratégie de recrutement en fonction des résultats comptables. Pour l'instant, aucun grand changement organisationnel n'est encore apparu, en dehors de la chaîne administrative. À terme, la mise en place d'une comptabilité analytique, celle du dossier médical informatisé, risquent d'avoir des effets sur l'organisation.

3. Phase 1 : La chaîne de facturation

Les premiers impacts de la T2A sont ici essentiellement concentrés sur l'optimisation de la chaîne de facturation, sujet sur lequel la clinique a beaucoup travaillé et estime avoir abouti à un résultat satisfaisant. Notre analyse en phase 1 s'est donc concentrée sur cet aspect, ce qui permettait d'éclairer cette problématique spécifique pour l'ensemble de l'étude.

3.1. La problématique

Auparavant, la clinique était sous OQN ; elle recueillait d'un côté le nombre de journées du séjour (quasi-immédiat), de l'autre les informations du bloc (à environ 3 semaines). La facturation s'effectuait d'un côté au prix de journée, de l'autre avec les différents forfaits existants, selon un codage en K assez basique, auquel les chirurgiens étaient très habitués. Toutes les transmissions s'effectuaient par échange de documents papier. L'informatisation de ces transmissions a considérablement facilité les choses, et est intervenue de façon presque simultanée avec l'instauration de la T2A.

Avec la T2A, il faut assurer la synchronisation des deux processus, concernant le dossier médical d'une part, le dossier administratif de l'autre ; et être capable de le transmettre le plus vite possible aux caisses de sécurité sociale pour paiement.

Pour s'y préparer, la clinique avait engagé un vaste effort d'anticipation (formations techniques au CCAM), mais avait sous-estimé les questions d'organisation interne, et d'implication des médecins. Longtemps le corps médical a cru que la réforme ne serait pas vraiment appliquée, d'où un retard dans la prise de conscience des enjeux nouveaux, puis il s'est battu pour ne pas devoir coder en CCAM pour les honoraires. De plus, au moment où la nouvelle tarification entrait en vigueur, la clinique emménageait dans ses nouveaux locaux, ce qui a perturbé le fonctionnement général, notamment en ce qui concerne les dossiers médicaux et l'archivage.

Dans les premiers temps, le taux de rejet par la Sécu a été de 40 à 45 %, d'où un problème de trésorerie (même si la Sécu a accepté d'aider via des avances provisoires). Le coût en conseil extérieur pour trouver les solutions s'est avéré important (30 jours). Il a fallu réorganiser la chaîne de facturation, étoffer le service comptabilité, procéder à un nouveau découpage des responsabilités. De plus, malgré la télétransmission, les caisses exigent de recevoir les copies papier de tous les documents, ce qui oblige à de lourdes manipulations.

Le système d'information a été changé en 2006, avec introduction d'un nouveau logiciel. L'étape importante, voire cruciale, est celle du codage, en qualité, et en délai. La réorganisation ici a consisté à créer un service de gestion des dossiers médicaux, sorte de pré-

PMSI, qui veille à ce que le dossier soit complet, en y intégrant les dossiers venus des secrétariats d'étage, et les informations venues du bloc (compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, et codes CCAM), vérifie la cohérence des informations, et relance les services si nécessaire, le but étant de réaliser ce codage en temps réel. Les problèmes à ce stade proviennent surtout des retards dans l'arrivée des comptes-rendus d'hospitalisation, ou de codes non associés aux comptes rendus opératoires. Il semble que le comportement dépende beaucoup des personnalités, certains ayant tendance à surcoter, d'autres à sous-évaluer ; et surtout certains à s'améliorer d'autres non.

Le service PMSI à proprement parler est externalisé, via une société de codage indépendante (2 techniciens TIM à temps partiel, et un médecin DIM un jour par semaine). Il s'agit ici d'utiliser les informations contenues dans le dossier pour procéder au groupage des patients dans les différents GHS. Pour cela, le service vérifie et valide les informations des dossiers, les codages effectués ; en particulier, il faut vérifier si la cotation proposée est correcte (dans le cas où 2 actes sont effectués, le premier compte à 100 %, le second à 50 % ; en cas d'actes bilatéraux, c'est 75 %), si les suites opératoires sont mentionnées dans le CRO, si la fiche d'anesthésie mentionne bien le contrôle du traitement, si les comorbidités sont bien indiquées. À cet égard, les infirmières dans les étages peuvent constater des comorbidités qu'il serait intéressant de signaler, mais elles n'ont pas le pouvoir de coder, et ces informations restent alors ignorées. Le service DIM essaie pour sa part de vérifier toutes les transmissions pour ne rien oublier. S'il constate une erreur, ou aboutit à une interprétation différente de celle proposée par le praticien, il rédige une fiche de proposition, et la transmet au praticien. Ce dernier peut alors soit l'accepter, soit la refuser, mais il doit alors signer son refus de la modification.

Pour la clinique, un problème important lié à la T2A est la rapidité de facturation, la fiabilité de la chaîne administrative de facturation. Les dossiers une fois codés sont transmis au service facturation, puis envoyés aux caisses via les bordereaux S34. À réception, la caisse pivot règle 85 % du montant, puis après analyse du dossier, le complément. Il faut alors suivre les versements (le logiciel affecte automatiquement chaque versement au dossier correspondant), afin de vérifier qu'aucun dossier n'est resté en souffrance.

Globalement, cette chaîne fonctionne bien, la clinique réussit à ne pas avoir de goulot d'étranglement, ce qui lui permet de facturer rapidement aux caisses. Elle se propose donc de faire part de son expérience aux autres établissements de l'étude. On trouvera ci-après en annexe II la description de cette chaîne de facturation, et les difficultés qu'elle a à résoudre. Mais il demeure un certain nombre de problèmes inhérents aux relations avec les caisses :

- Modifications de codage en cours d'année, ce qui oblige à paramétrer les logiciels.
- Changements de tarifs, normalement au 1^{er} mars, mais parfois aussi en cours d'année, ce qui modifie les prévisions de recettes.
- Interdiction de procéder à des compléments de facturation sur un dossier déjà facturé, ce qui place la clinique dans une position inconfortable, puisqu'il faut aller vite pour recouvrer les dépenses engagées, mais prendre suffisamment son temps pour être sûr d'avoir réuni l'ensemble des éléments à facturer.
- Modification du régime de TVA qui réserve la possibilité de recouvrer la TVA uniquement sur les dépenses à caractère non médical, et n'autorise que des déductions partielles au prorata de la part de la dépense dans le chiffre d'affaires total (en contrepartie, les immobilisations jouissent de la même faculté).

- En principe, nécessité pour le patient de signer le bordereau S34 qui le concerne (même en cas de décès !), alors qu'en pratique, on ne peut lui présenter à sa sortie qu'une feuille d'hospitalisation.
- Enfin, décroissance continue du coefficient de transition, qui oblige à rechercher des économies partout où c'est possible.

Face à ces difficultés, la clinique essaie de convaincre les médecins et chirurgiens de l'importance de coder tous leurs actes, et de la faire très rapidement, mais cette dynamique a du mal à s'imposer, et des rappels fréquents sont nécessaires en CME, avec l'aide de la société DIM.

3.2. Le détail de l'organisation de la chaîne de facturation

En suivant le parcours du dossier du patient, on peut distinguer les étapes suivantes :

- Bureau des rendez-vous
- Consultations
- Pré admissions
- planification
- Admissions
- Sorties
- Pré-PMSI
- PMSI
- facturation

Revenons sur chacune d'elles.

Bureau des rendez-vous (2 personnes)

Quand un patient est adressé à la clinique par son médecin, il prend un rendez-vous de consultation, soit par téléphone (1200 à 1400 par mois), soit en venant lui-même directement. 2 agents gèrent ces rendez-vous pour 35 spécialités différentes. Elles disposent d'un logiciel informatique qui peut leur donner la liste de spécialités, celles des médecins par spécialité, leur carnet de rendez-vous, avec leurs horaires et la première plage libre. Dès qu'on entre le nom d'un patient dans un créneau, le logiciel affiche la liste des homonymes, pour éviter toute confusion. Le patient reçoit une fiche lui rappelant la date et l'heure du rendez-vous, et le nom du chirurgien.

Consultations

Quand il vient consulter, la secrétaire de consultation lui crée un triptyque avec le minimum d'information qui servira pour la pré-admission, avec le courrier du médecin, le numéro de S ; après la consultation, le chirurgien propose une date dans ses créneaux opératoires, et précise si l'intervention nécessitera une hospitalisation ou se fera en ambulatoire. L'assistante s'occupe de la feuille maladie et de la télétransmission, et renvoie le patient au bureau des rendez-vous pour prendre rendez-vous avec l'anesthésiste.

Bureau des rendez-vous

Même procédure qu'à la première étape ; cette fois, il s'agit de fixer la date de la consultation préanesthésique, 1 semaine à 48h avant une intervention, voire 1 mois s'il s'agit d'une grosse intervention, et que le patient devra au préalable aller se faire prélever du sang pour prévoir une autotransfusion. Chaque jour, 1 ARE consulte de 10h30 à 12h, 3 ARE de 14h30 à 18h30.

Consultation d'anesthésie

La consultation avec l'anesthésiste est plus longue qu'avec le chirurgien. Le patient doit cette fois apporter sa carte Vitale, et aussi celle de mutuelle (surtout pour l'hospitalisation). Il peut ensuite aller effectuer sa pré-admission.

Pré admissions (4 personnes pour l'ensemble pré-admissions, admissions, et sorties)

Le dossier du patient est complété, et vérifié, afin d'avoir sa carte vitale et sa carte mutuelle selon la prise en charge à effectuer. Il est informé des conditions de séjour à la clinique.

Planification (2 personnes à temps partiel)

Ce service reste en dehors du circuit du patient, mais a pour tâche d'organiser l'ordonnancement des séjours, et l'affectation des chambres aux patients. Chaque jour à partir des dossiers d'entrées prévues par les admissions, il complète le dossier administratif (bon d'étage, étiquettes), et constitue le dossier médical, en vérifiant qu'il contient bien les intercalaires, la feuille d'anesthésie, le bon d'étage, et les étiquettes d'identité. Il vérifie que tous les examens requis ont été effectués, et figurent au dossier.

Par ailleurs, avec ces prévisions d'entrée et celles de sorties, ainsi que du planning du bloc, il peut connaître l'état de disponibilité des chambres et y placer les patients du jour.

Admissions

Le jour de l'admission, le patient repasse au bureau : un chèque de caution lui est demandé (200 €), qui est restitué en fin de séjour, pour couvrir les frais de télévision, et de forfait hospitalier. Il lui est attribué un numéro de chambre, un numéro de téléphone, etc. (pour certains, attribution d'une chambre seule, avec supplément).

Séjours

Pendant le séjour, c'est le secrétariat d'étage qui est chargé de rassembler tous les documents qui seront ensuite transmis à la chaîne de facturation : compte rendu d'hospitalisation, examens complémentaires, conditions d'hébergement (nombre de jours, télévision, chambre particulière, etc.).

Sorties

À la fin du séjour, le patient passe par le bureau des admissions pour y régler les formalités de sortie : il reçoit un certificat médical d'hospitalisation en 3 exemplaires, et règle deux factures, l'une pour les dépassements d'honoraires des anesthésistes, l'autre pour la clinique

(forfait hospitalier, et supplément TV). Dans certains cas, sa mutuelle prend en charge tout ou partie de ces frais. Son chèque de caution lui est alors remis.

Beaucoup de sorties sont effectuées à la fin de la matinée ou au début de l'après-midi, au moment où les effectifs du bureau sont moindres pour cause de déjeuner des agents, ce qui entraîne des pics d'activité et d'attente, et des énervements divers. C'est à ce moment que les patients peuvent faire preuve d'un peu d'agressivité (manque d'une ordonnance, d'une carte de mutuelle, erreur dans la facture, dossier mal renseigné, entraînent un délai pour recouvrer le chèque de caution, ou une attente du patient qui le reproche au bureau.

(Remarque : les bureaux des admissions/sorties et des rendez-vous sont connexes, ce qui permet un passage rapide des informations, mais assez exigus, ce qui ne contribue ni à des conditions de travail aisées, ni à une confidentialité facile).

Pré-PMSI (2 personnes)

Le dossier une fois terminé est transmis au service PMSI ; une première équipe, de la clinique, veille à ce que le dossier soit complet, en y intégrant les dossiers venus des secrétariats d'étage, et les informations venues du bloc (compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, et codes CCAM) ; elle vérifie la cohérence des informations. Elle relance les services si nécessaire, le but étant de réaliser ce codage en temps réel.

Les problèmes à ce stade proviennent surtout des retards dans l'arrivée des comptes-rendus d'hospitalisation, ou de codes non associés aux comptes rendus opératoires. Il semble que le comportement dépende beaucoup des personnalités, certains ayant tendance à surcoter, d'autres à sous-évaluer ; et surtout certains à s'améliorer d'autres non.

Lorsque le dossier est prêt pour le PMSI, il est étiqueté avec une pastille rouge, et transmis au service PMSI proprement dit. Le jour de la visite, le stock d'en cours s'élevait à 164 dossiers en attente, soit moins de 2 jours d'activité. D'après le médecin DIM, même si la situation est plutôt bonne, on pourrait encore gagner en rapidité si par exemple les comptes rendus opératoires étaient dictés au bloc et saisis dès la sortie du bloc.

On ne recueille ici que ce que l'entité juridique clinique va facturer : certains actes d'imagerie sont intégrés, d'autres font l'objet d'un paiement direct par le patient, avec facturation séparée.

PMSI

Ce service, situé dans la même pièce que le précédent, comprend 2 personnes dont un médecin) appartenant à une société sous-traitante. Il s'agit ici d'utiliser les informations contenues dans le dossier pour procéder au groupage des patients dans les différents GHS. Pour cela, le service vérifie et valide les informations des dossiers, les codages effectués ; en particulier, il faut vérifier si la cotation proposée est correcte (dans le cas où 2 actes sont effectués, le premier compte à 100 %, le second à 50 % ; en cas d'actes bilatéraux, c'est 75 %), si les suites opératoires sont mentionnées dans le CRO, si la fiche d'anesthésie mentionne bien le contrôle du traitement, si les comorbidités sont bien indiquées. À cet égard, les infirmières dans les étages peuvent constater des comorbidités qu'il serait intéressant de signaler, mais elles n'ont pas le pouvoir de coder, et ces informations restent alors ignorées. Le service DIM essaie pour sa part de vérifier toutes les transmissions pour ne rien oublier.

S'il constate une erreur, ou aboutit à une interprétation différente de celle proposée par le praticien, il rédige une fiche de proposition, et la transmet au praticien. Ce dernier peut alors soit l'accepter, soit la refuser, mais il doit alors signer son refus de la modification (le jour de notre passage dans le service il y avait 10 dossiers en question sur un total de 350 pour la semaine)

Dans le logiciel, les dossiers patients se voient affecter une clé de couleur :

- Verte lorsque le dossier a été vérifié par le pré-PMSI, et qu'il peut passer au service PMSI pour codage,
- Jaune quand ce codage a été effectué, et que le dossier peut passer à la facturation,
- Rouge quand la facturation a été effectuée.

La T2A a conduit à renforcer ce service (création d'un poste de technicien TIM). Il s'agit d'un élément majeur de la chaîne de facturation, dans la mesure où le codage oriente le séjour vers un GHS donné et décide donc du tarif auquel il sera rémunéré. La clinique estime que ce problème de tarification est majeur, d'autant que certains tarifs sont connus avec retard, et empêchent de poursuivre le processus de facturation.

Plusieurs problèmes peuvent intervenir :

- Changement de tarif d'un GHS,
- Sortie d'une intervention particulière du GHS où elle était, et attente du nouveau tarif (dans le cas des hémorroïdectomies par la méthode du Dr Longo, la sécurité sociale a mis 6 mois avant de donner le nouveau tarif),
- Délai dans l'actualisation des logiciels (9 mois de plus dans le cas précédent),
- Changement dans les actes pris en compte pour le classement en GHS : là, la modification est très importante, et oblige à tout revoir.

Tous les mois, le médecin DIM sort des statistiques pour la direction de la clinique : volume d'activité par GHS, par ligne de produits, par spécialité et par médecin ; durées moyennes de séjour ; nombre de journées. Il participe à certaines CME pour continuer à sensibiliser les médecins aux enjeux de la T2A et du codage. Il alerte aussi sur les bornes basses des séjours.

Facturation

Dans ce service, les dossiers administratifs arrivent du bureau des sorties, et sont classés par numéro. Le service est chargé d'y intégrer tous les documents annexes de diverses provenances, qui serviront à la facturation (et qui ne sont pas interfacés directement avec le dossier) : feuilles de suppléments, prothèses, ECG, anapath, laboratoire, imagerie. Tous les jours, le service édite la liste des dossiers munis d'une clé jaune (prêts pour la facturation, après codage PMSI), les sort, et vérifie qu'ils sont complets : certificat de séjour, attestation des 100 %, feuilles de laboratoires, de scanner, d'anapath, d'IRM, de prothèses, prescriptions. L'ensemble du dossier est agrafé. Quand un dossier est complet, le service édite un formulaire S34 récapitulatif, qui est télétransmis à la caisse de sécurité sociale. Dans les cas où une mutuelle intervient, la feuille AMC est envoyée directement à la mutuelle, les AMC à dépassement d'honoraires sont envoyés au patient.

Les passages en chirurgie ambulatoire sont évidemment plus simples : pas de compte rendu d'hospitalisation à récupérer, moins d'ambiguïté sur le classement du passage, puisque l'acte de chirurgie va déterminer le codage. Chaque soir, le service des admissions transmet au

service ambulatoire les dossiers des patients attendus pour le lendemain ; le secrétariat vérifie que tous les éléments y figurent (cartes Vitale et mutuelle, chèque de caution) de façon à pouvoir les demander à l'arrivée du patient, et les classe par médecin et par ordre alphabétique. Le jour donné, il remet à la sortie les documents nécessaires : certificat d'hospitalisation, facture du forfait 18 €, et facture du dépassement d'honoraires pour l'anesthésiste (le dépassement d'honoraires du chirurgien est directement réglé à la secrétaire du chirurgien). Les éventuels partenaires extérieurs (anapath, laboratoire, scanner) envoient leurs feuilles pour saisie au service facturation, qui les retournent ensuite au service ambulatoire. Tout est alors groupé avec le dossier administratif, et après validation envoyé à la Sécurité sociale. Dans le cas d'actes de soins externes, ou de dents (pour lesquels il n'y a pas de code CCAM), le PMSI transmet le codage à indiquer et la saisie se fait aussi dans le service ambulatoire, qui transmet ensuite au service facturation.

À l'inverse, les patients entrés par les urgences donnent lieu à des dossiers plus complexes, car la partie administrative du dossier est souvent réalisée avec retard, le patient n'ayant pas tous ses documents avec lui quand il arrive, et la partie médicale nécessitant de recueillir des informations auprès de plusieurs services, urgences et hospitalisation au minimum. Le service des urgences crée lui-même le dossier administratif, et le médecin le dossier médical, cote les actes CCAM effectués, et transmet soit au PMSI si le patient ressort immédiatement, soit fait suivre dans le cas où le patient est hospitalisé.

Les factures d'honoraires sont calculées automatiquement, et envoyées aux caisses sur le S34. Mais il faut faire attention à ce que le dossier soit complet d'emblée : en effet, les caisses interdisent de procéder à des compléments de facturation sur un dossier déjà facturé, ce qui place la clinique dans une position inconfortable, puisqu'il faut aller vite pour recouvrer les dépenses engagées, mais prendre suffisamment son temps pour être sûr d'avoir réuni l'ensemble des éléments à facturer. De plus, en principe, il y a nécessité pour le patient de signer le bordereau S34 qui le concerne (même en cas de décès !), alors qu'en pratique, on ne peut lui présenter à sa sortie qu'une feuille d'hospitalisation.

En fin de journée, les différents S34 sont regroupés par caisse, et pour chaque caisse (environ une vingtaine), on édite un bordereau d'expédition qui liste les S34 du jour. L'ensemble est télétransmis, puis l'ensemble des dossiers concernés est conditionné en paquets qui sont acheminés aux différentes caisses par courrier, sauf la caisse 95 où les dossiers sont portés par coursier. Un récapitulatif quotidien de tous les lots est adressé à la responsable de la chaîne de facturation.

Rejets et relances

Il faut ensuite gérer les éventuels rejets (222 en un mois, sur un total d'environ 3 500 dossiers facturés soit environ 6 %), et effectuer les relances lorsque le pointage montre que certains dossiers n'ont pas été remboursés totalement. Par ailleurs des relances systématiques sont adressées aux patients qui sont sortis sans passer par la caisse (cas des patients ayant quitté les urgences, ou transférés en ambulance).

Comptabilité clients

Tous les jours, la caisse pivot adresse à la clinique deux bordereaux Noémie (un pour les séjours, un pour les honoraires), et le logiciel impute directement les éléments concernés au dossier patient.

Le plus souvent, pour les séjours, la clinique reçoit un premier règlement de 85 % à réception du dossier, ce règlement étant ensuite complété par le solde après traitement du dossier par la caisse. Il faut donc régulièrement faire la balance pour vérifier le nombre de dossiers en attente, et comprendre les éventuels écarts (question de prise en charge à 100 % ou non, ou demande de remboursement). Mais en général ce qui est facturé est bien payé.

Pour les honoraires, il n'y a pas d'acompte versé, le paiement vient en une seule fois, et la clinique se charge alors de ventiler ces règlements sur les différents praticiens concernés (une fois par mois).

Comptabilité fournisseurs

Pour les mutuelles, dans le cas où la facturation leur a envoyé une facture, elles règlent par chèques ou virements. Il faut à réception pointer sur le relevé de banque, et saisir le règlement dans le dossier du patient afin de le solder. Chaque trimestre, on vérifie quels dossiers n'ont pas été réglés, afin de lancer des relances, ou inversement quels virements ont été reçus et n'ont pu être affectés à un dossier donné par manque d'information.

Ceci est effectué par une autre personne du service comptabilité, également chargée de la comptabilité fournisseurs. Avant la T2A c'était le même poste qui s'occupait des comptabilités mutuelles et Sécurité sociale.

Annexe 8 - Le cas de la clinique 2

Présentation générale de la clinique

La clinique appartient à un groupe, qui comprend une douzaine d'établissements, dont quatre de court-séjour. Ce groupe d'origine familiale a une vocation régionale sinon locale (toutes les cliniques sauf une sont situées dans le même département). Il s'est constitué par acquisitions successives, à partir d'un site originel créé après la seconde guerre mondiale, qui était initialement une maternité, mais qui s'est ensuite nettement diversifié (orthopédie, ophtalmologie, cancérologie etc.), comme l'ensemble du groupe qui offre une gamme large de services. L'activité obstétrique cela dit reste forte, puisqu'avec une autre clinique du groupe, le site originel prend en charge environ les deux tiers des accouchements de la grande ville voisine, où sied un CHU à qui incombe l'autre tiers.

La clinique est récente ; de la part du Groupe elle procède d'une stratégie de répartition de l'offre sur le territoire ; elle a été construite en 2002-2003, par regroupements et transferts de capacités provenant des cliniques du Groupe. S'est ainsi constitué un établissement privé de haute technicité avec notamment deux secteurs de référence : la cardiologie (dont la chirurgie cardiaque) et la neurochirurgie.

On compte environ 200 lits ou places, dont 180 en hospitalisation complète. L'activité s'élève à 20 000 séjours, dont 8 000 ambulatoires, ces séjours se répartissant en 40 % médecine et 60 % chirurgie.

La clinique comporte une unité de réanimation polyvalente, une unité de réanimation spécialisée en neurochirurgie et en chirurgie cardiaque, une unité de soins intensifs, un laboratoire d'analyses médicales, un centre d'imagerie médicale, qui, s'ils sont architecturalement et fonctionnellement intégrés à la clinique, sont des entités juridiques indépendantes.

Elle a développé un certain nombre de techniques innovantes, comme la radiochirurgie stéréotaxique ou encore la stimulation cérébrale profonde.

Il s'agit donc d'un plateau technique perfectionné, très proche géographiquement d'un CHU, avec qui il se trouve donc en concurrence sur des segments d'activité pointus, comme la cardiologie, de même d'ailleurs que d'autres cliniques réputées pour leurs spécialités. L'activité du secteur hospitalier privé dans l'agglomération équivaut ainsi à celle du CHU « à qui il reste les brûlés et les greffes, que le privé n'a pas le droit de prendre en charge ». Les médecins de la clinique sont souvent des « transfuges » du CHU.

Par ailleurs, la clinique dispose de son propre service d'urgence il s'agit d'un service polyvalent d'accueil des urgences (SU) qui fut à l'origine spécialisé (POSU en cardiologie). Environ 15000 passages annuels sont aujourd'hui recensés, ce chiffre allant croissant au fil du temps.

L'arrivée de la T2A à la clinique 2

L'arrivée de la T2A, en mars 2005, n'a pas pris les responsables de la clinique au dépourvu. Le PDG du groupe a été très présent dans les instances nationales, et dans ce cadre a beaucoup travaillé sur le sujet avec les responsables de la DHOS et le cabinet du ministre. Il a été favorable à la T2A, moins pour des questions d'incitatif économique (les cliniques étaient déjà tarifées à l'activité), mais parce que le système existant lui paraissait à bout de course et ayant abouti à une multiplicité de configurations locales peu cohérentes ; par ailleurs les autres pays développés avaient adopté une tarification à l'activité ; enfin la problématique de la convergence avec le public était évidemment présente. Cela dit, pour un secteur dont les taux de retour étaient faibles, un tel bouleversement dans le système de financement signifiait un saut dans l'inconnu et pouvait impacter les résultats économiques de la clinique.

Pour sa part, le responsable de l'information médicale au niveau Groupe (et correspondant de l'équipe de chercheurs pour l'étude DREES) avait anticipé le passage à la T2A, qui lui paraissait fatal, et faisait partie des artisans du PMSI de la première heure : avant son arrivée il y a dix ans dans le groupe, il travaillait au DIM d'un CHU et avait activement participé au développement national du PMSI. Dans le groupe, il a milité pour la qualité des données médicales bien avant la T2A. Le système mis en place est celui d'un codage centralisé. Cette optique correspond à ses yeux à la configuration des cliniques du groupe, où la grande majorité des praticiens (150 dans la clinique 2) sont libéraux (La quasi totalité des praticiens cliniciens des établissements de court séjour du groupe sont des libéraux à deux exceptions près à la clinique 2 : deux médecins généralistes salariés assurent le suivi médical général et coordonnent la prise en charge des patients hébergés en cardiologie interventionnelle, en étroite collaboration avec les cardiologues et le cas échéant les autres spécialistes appelés au chevet des patients). Ils passent donc dans leur clinique plus ou moins régulièrement. Il n'est guère envisageable sauf exception de leur demander de manipuler la CIM10. Conjointement à la mise en œuvre de la T2A en mars 2005, la CCAM a été utilisée – à partir de septembre 2005 à la clinique – pour facturer les honoraires des praticiens : dès lors, ce sont les médecins libéraux qui ont pris en charge le codage de ces actes. Les gestionnaires de l'information médicale conservant un rôle d'appui, de conseil et de correction éventuelle des codes retenus par les praticiens.

Le responsable de l'information médicale dirige une équipe d'une douzaine de TIM¹², lui-même secondé par un autre médecin à 2/3 temps. Cette équipe appartient à une société de service indépendante des cliniques mais juridiquement rattachée au groupe, de même que les cliniques étaient – et sont – des sociétés commerciales indépendantes intégrées à la holding. Il a essayé de faire des TIM de « véritables professionnelles du codage », en les initiant notamment aux incidences financières de leur activité. Il convient d'ajouter qu'à partir de 1999, les données PMSI ont été utilisées par les ARH pour moduler la tarification utilisée alors pour le privé mais les procédures et les calculs étaient très compliqués et il n'était pas facile de retourner à l'activité.

L'arrivée de la T2A a fait évoluer cette organisation, pour deux raisons : il fallait que les managers des cliniques soient responsabilisés sur la qualité des données en particulier celles

¹² Le flux d'activité de l'information médicale pour le groupe est constitué actuellement d'environ 80 000 RUM MCO, 30 000 SSR, et 10 000 PSY.

du dossier médical ; il fallait ensuite, pour des raisons de rapidité de facturation rapprocher le circuit de l'information médicale du patient et celui de l'information administrative. D'où une nouvelle organisation, à laquelle nous consacrerons plus loin une description particulière, car c'est pour le moment l'impact le plus précis (ie : pouvant se traduire par une réorganisation touchant à la structuration des services et aux procédures de travail) de la T2A.

La T2A, l'activité, l'organisation des soins

Les autres évolutions sont en effet plus subtiles et plus intangibles. Globalement, il ressort de tous nos entretiens que pour l'instant la T2A a pour l'instant un impact limité sur l'organisation des soins. Des infléchissements sont toutefois à noter, comme l'instauration de réunions d'information plus fréquentes entre administratifs et médecins, portant essentiellement sur trois sujets : la qualité de l'information médicale (en particulier sur les comorbidités associées, importantes pour le codage), les durées de séjour, la rapidité de rendu de l'information. Par exemple des réunions systématiques ont lieu tous les quinze jours, par spécialité. Ainsi s'installe de l'avis de nos interlocuteurs une « gestion collective » qui avait en fait émergé par le fait des contraintes réglementaires croissantes (autour des infections nosocomiales par exemple), mais que la T2A renforce. Ces réunions ont eu semble-t-il des effets, notamment sur la proportion de séjours avec hospitalisation d'une nuit, ou plus rarement sur des diminutions de DMS (exemple d'une des cliniques du groupe où les DMS en cancérologie ont diminué de 10 jours à 8 jours).

De même, une information part tous les mois vers le président de la CME sur le volume des en-cours (facturations, règlements, en attente).

Le contrôle de qualité des dossiers a été renforcé (exemple : recodage par un tiers de toutes les coronarographies sur un mois), dans la mesure où l'on ne peut pas jouer uniquement sur la rapidité (les risques à prendre en compte sont à la fois celui de la sous-cotation et celui de rejets par l'assurance maladie).

Mais d'une façon générale, pour la direction, « ce n'est pas la T2A qui fait la production » (ie : on ne se fonde pas sur cette tarification pour déterminer le case-mix). D'une façon encore plus précise, « ce n'est pas la direction qui fixe le niveau de production, mais les médecins » (direction). Et ces derniers « sont les clients de la clinique ».

On a là en quelque sorte l'archétype du fonctionnement d'un établissement de soins privé, où les médecins sont des libéraux utilisant un ensemble d'équipements offert par une structure avec laquelle ils n'ont *a priori* que des relations contractuelles marchandes.

Du côté des professionnels, les avis sont convergents avec ceux du management. : « ni sélection ni rétention des admissions, ni DRGs'creep, ni jeu sur les réadmissions etc. » (président de la CME).

Cela n'empêche pas des formes de solidarité plus « empathiques » avec l'institution. « On a tout intérêt à ce que le groupe soit en bonne santé » (président CME).

Dans ces conditions la relation entre le management de la clinique ou du groupe ne peut pas être prescriptrice ; elle s'appuie plutôt sur la mise à disposition d'informations. À ce titre

d'ailleurs la T2A apporte manifestement un gain informationnel important, et constitue donc « un très bel outil de pilotage » (direction). Mais le pilotage ne consiste pas à dire au médecin ce qu'il devrait faire, mais ce qu'il fait. Libre à lui d'en tirer des conséquences ou non.

En fait, existe quand même un incitatif concernant la rapidité de livraison par les médecins de l'information médicale : c'est que le paiement de leurs honoraires (et aussi souvent de ceux de certains de leurs confrères) en dépend. Rappelons à ce sujet un élément qui n'est pas sans importance : si les cliniques privées sont rémunérées à présent à partir de leur production en GHS, les médecins le sont toujours sur la base des actes effectués. Mais la connaissance de ces actes est nécessaire à la fois pour le financement de la clinique (groupage ou paiement de l'acte) et pour la rémunération des professionnels.

T2A et outils de gestion

Cette retenue dans le développement d'outils de contrôle sophistiqués se confirme quand on analyse ce qui est utilisé au niveau de la direction des finances et du contrôle de gestion. Alors que le PMSI, sur lequel est fondé la T2A, s'accompagne potentiellement d'une cohorte d'instruments médico-économiques nouveaux (nombre d'ICR, prix de revient de l'ICR, CREA : Comptes de REsultat Analytique, TCCM : Tableau Coûts Case Mix etc.), en fait très peu de ces outils sont utilisés à la clinique 2 (et dans le groupe). Non pas parce qu'il y aurait des difficultés techniques à les construire (une clinique a vécu dix ans d'expérimentation de la comptabilité analytique), mais par le fait que le management de la clinique n'estime ni nécessaire ni opportun un tel déploiement instrumental pour suivre le fonctionnement et dialoguer avec les professionnels. ISA et ICR sont de toute façon des concepts obscurs pour ces derniers. Par ailleurs les outils comme le TCCM, qui permettraient des comparaisons avec des références nationales sont fondées sur des données trop anciennes. En fait, quand le groupe a pratiqué la comptabilité analytique, c'était plutôt pour communiquer à l'extérieur, vers les tutelles. En interne, on pourrait fort bien calculer des coûts par séjour pour chaque médecin, mais « les rapports que nous avons avec eux ne se prêtent pas à ce genre d'exercice » (le PDG). De même, on ne cherche pas à peser sur les modalités de prise en charge des patients à partir du suivi des DMS par GHS. De toute façon, le trend à la baisse des DMS est difficile à analyser et sans doute davantage lié à des phénomènes de technicité qu'à des évolutions comportementales des praticiens. D'une façon générale, pour l'ensemble de nos interlocuteurs de la clinique ou du groupe, il ne s'agit pas d'utiliser les calculs économiques permis par l'outillage à la base de la T2A pour remettre en cause les activités elles-mêmes. Sur un nombre non négligeable de spécialités, il « vaut mieux ne pas évaluer leurs coûts ».

Une autre raison d'une telle retenue dans l'élaboration d'outils sophistiqués issus de la T2A est que les règles qui président à la constitution des tarifs et aux procédures de facturation sont particulièrement instables. Ainsi un résultat positif à un moment donné, qu'il concerne un établissement ou un sous-ensemble d'établissement peut apparaître brutalement négatif (ou vice versa) uniquement parce que ces règles ont changé.

Les journées apparaissent finalement un très bon outil, suffisant pour suivre l'occupation des lits, qui constitue un enjeu majeur. Dans ces conditions, les tableaux de bord de la clinique (et du groupe) sont assez traditionnels : nombre de séjours en hospitalisation complète, en ambulatoire, forfaits SEH (Sécurité Environnement Hospitalier : forfaits créés en mars 2007

pour rémunérer certaines activités considérées comme « frontière » entre un financement par GHS un financement type activité externe), journées, DMS, taux d'occupation, quelques indicateurs particuliers sur le plateau technique (suppléments réa, ATU..), mais aussi des informations sur les encours : nombre de dossiers (dont patients sortis, nombre d'expéditions délai d'expédition), valorisation de l'encours. C'est sur ce dernier type d'indicateur que finalement on peut considérer que l'on fait de la comptabilité analytique utilisant la T2A, la valorisation en question étant d'ailleurs forcément approximative puisqu'on ne connaît pas la catégorisation définitive des patients concernés. Sur ce chapitre la T2A n'a pas constitué un progrès, puisqu'auparavant, avec une tarification par journée et par acte, on connaissait assez bien la valeur de l'encours.

Ce tableau de bord est mensuel, porte sur des périmètres types DMT (Disciplines médico-tarifaires), compare les chiffres du mois avec ceux du même mois de l'année précédente, ainsi que les deux cumuls au mois considéré.

Les destinataires de ce tableau de bord sont le PDG, les directeurs des établissements, le médecin DIM, la direction des Affaires Financières. Là aussi l'usage vis-à-vis des médecins est plutôt fondé sur la notion d'exception par rapport à une livraison systématique : on s'inquiète d'un chiffre d'activité à la baisse ; on ne les mobilise pas en cas contraire.

Un autre tableau de bord existe et porte sur les consommations pharmaceutiques en relation avec l'activité. Il est destiné essentiellement aux pharmaciens, charge à eux de discuter sur cette base avec les médecins. Dans le cadre de la T2A, qui intègre les médicaments, hors molécules onéreuses, aux tarifs des GHS, un tel suivi des dépenses pharmaceutiques prend une certaine importance.

À un niveau plus stratégique (au niveau du groupe et de son développement), il ne semble pas que la stratégie doive beaucoup au PMSI et à sa dérivée T2A. Le raisonnement du PDG semble plutôt fondé sur les notions de « regroupement de PME de soins éclatées », d'opportunités, d'offres complémentaires sur un territoire précis, et également sur la conviction que l'on a affaire à un marché solide et pérenne.

Cette relative discrétion de la T2A quant aux évolutions de l'activité médicale est d'ailleurs sans doute à mettre en rapport avec la relative sérénité financière du groupe et de la clinique. Ceci est purement conjoncturel, les outils sont prêts, certains sont déjà mobilisés. Si les modalités du financement de l'activité des établissements ex-OQN venaient à se durcir, comme cela semble se dessiner actuellement, l'ensemble de la panoplie disponible (tableaux de bord médicaux, études de coûts internes, comparaisons à des références externes, monographies pour certains types de prises en charge...) serait indubitablement utilisées.

Au total donc, quels peuvent bien être les impacts de la T2A sur l'organisation de la clinique 2, au sens où l'on entend le terme organisation dans notre étude ?

Certes les termes de la description ci-dessus peuvent changer, notamment ceux concernant la conception et la mise en place d'outils de gestion, mais d'ores et déjà une évolution importante doit être enregistrée : il s'agit de la « chaîne administrative du patient », terme préférable à celui de « chaîne de facturation », car l'attention se porte sur l'ensemble des

événements qui vont permettre un recouvrement correct et rapide, de l'admission au paiement.

Par ailleurs, il sera à notre avis intéressant d'analyser par la suite (au-delà de notre étude) un effet de la T2A, qui n'est encore qu'émergent (par le fait des remboursements en sus des GHS par l'assurance maladie), et qui est celui de l'intégration du coût du matériel médical dans les tarifs des GHS. Cette évolution tarifaire risque en effet de faire évoluer le système de relations, jusqu'ici relativement harmonieux, entre médecins et management.

La chaîne administrative du patient

Comme nous l'avons indiqué plus haut, l'arrivée de la T2A a fait évoluer la gestion de l'information médicale. Le codage est toujours centralisé, au sens où ce ne sont pas les médecins qui codent (à quelques exceptions près, lorsque le codage est simple, comme sur beaucoup d'actes ambulatoires), mais la majorité des agents qui auparavant avaient la charge de cette activité ont été décentralisés dans les cliniques (les trois principales pour le MCO). Ne restent plus à un niveau central que quatre personnes, dont le DIM, mais qui d'ailleurs ne sont plus en régie. La fonction « information médicale » a donc vécu deux évolutions majeures : un éclatement de la structure et une dé-externalisation (laquelle, la plaçant au niveau de l'état major signale un changement de statut notable de l'outil PMSI).

Mais par ailleurs, et c'est la troisième évolution de cette fonction, un rapprochement a été opéré avec la chaîne administrative qui permet la facturation.

La T2A a en effet provoqué un accroissement sensible du délai de facturation à l'assurance maladie. Il était auparavant d'environ 5 jours et on est brutalement passé à plus de trois semaines, ce délai étant par ailleurs caractérisé par une grande variabilité dépendant essentiellement de la complexité du dossier (correspondant souvent aux dossiers les plus lourds, et donc générant de l'encours) : il peut aller jusqu'à 45 jours. Ces délais moyens représentent un millier de dossiers en encours¹³.

La raison en est qu'avant la T2A, la facturation était fondée grosso modo sur les actes et les forfaits journaliers, qui étaient rapidement colligés à la fin du séjour, alors que le système de la T2A oblige évidemment à connaître le GHS pour établir la facture. Or, il faut pour cela que le médecin ait fourni les indications cliniques nécessaires (diagnostics, actes chirurgicaux, comorbidités, etc.).

Pour que le dossier soit complet, il faut en fait trois pièces : le compte rendu opératoire pour les séjours chirurgicaux (CRO), le compte rendu d'hospitalisation (CRH), la lettre de sortie.

Les praticiens peuvent prendre du temps pour alimenter ces éléments du dossier, d'autant que pour le moment ils se présentent sous forme papier. Les supports par lesquels ils parviennent à l'administration sont du reste variables : par pli interne, par intranet, par messagerie électronique, par fax, etc. Certains médecins utilisent également une connexion entre leur portable et le serveur de la clinique dévolu à l'information médicale, e-patient. Il convient

¹³ Cela dit, l'ampleur de ces chiffres doit être relativisée par le fait qu'une caisse pivot fait l'avance de 80 % du montant de chacun des dossiers facturés, c'est à dire ceux pour lesquels le GHM a été calculé, la facture établie et expédiée. Ensuite, la caisse dont relève l'assuré règle le solde.

d'ajouter que dans la plupart des cas, ce sont les secrétaires des médecins qui saisissent les données. Quand les médecins le font, c'est dans les « trous » de leur emploi du temps, ou pendant leurs gardes et il va sans dire que cette activité n'est pas prioritaire selon eux par rapport à des urgences médicales, même si le déclenchement de leurs honoraires, et éventuellement de ceux de certains de leurs confrères est conditionné par l'aboutissement de la séquence administrative qui va jusqu'à la facturation.

Parmi ces éléments, c'est surtout le CRH qui pose problème, également les actes d'anatomopathologie. Les maternités sont particulièrement lourdes en dossier patient, qui doit se présenter dans un format unique (AUDIPOG), abondant en rubriques.

À noter que pour les séjours ambulatoires, le problème est moindre, seul le CRO est nécessaire, et il est en général relativement standard.

Face à cette situation, le groupe a réagi rapidement : dès 2004 un groupe de travail s'est réuni pour examiner les évolutions possibles permettant de réduire le délai final, à savoir le délai de facturation, avec un objectif de réduction à 15 jours en moyenne.

Ces travaux ont abouti à la réorganisation de la chaîne administrative du patient. Dans chacune des trois cliniques importantes MCO du groupe, une unité spécialisée a été créée, sous une responsabilité unique, avec trois parties : une partie « dossiers médicaux », chargée de recueillir l'ensemble des éléments concernant un patient et de relancer les praticiens (1,5 agents ETP), une partie PMSI proprement dite, contiguë géographiquement avec la première, chargée du codage (3 TIM), une partie facturation (3,5 agents ETP)¹⁴.

Cette organisation ne concerne que les hospitalisations complètes, l'ambulatoire étant autonome et le codage étant pour l'instant décentralisé sur trois secrétaires (cela dit, ces séjours pourraient à court terme avoir le même traitement que les autres), chacune prenant en charge l'intégralité des opérations pour un même patient.

Elle permet également d'améliorer la qualité des dossiers et in fine des factures adressées à l'assurance maladie, un des problèmes étant le taux de retours (8 % actuellement pour le groupe) provenant de cette dernière. Comme on l'a dit il paraît essentiel de trouver un compromis entre rapidité de la chaîne et qualité de ses outputs. Ces problèmes de qualité concernent très souvent les problèmes de droit du patient, ou encore d'identification. Ce qui met l'accent sur la nécessité de rapprocher tous les acteurs de la chaîne, dès le processus d'admission.

Dans cette perspective le groupe a mis un accent fort sur la formation des TIM, cela avant l'instauration de la T2A, le responsable médecin de l'information médicale étant convaincu que l'outil PMSI n'en resterait pas à un simple enrichissement de l'appareillage gestionnaire. La formation initiale dure de un à deux mois, étant complétée par un apprentissage en compagnonnage qui peut s'étaler sur deux à quatre mois environ.

¹⁴ En fait cette organisation est celle qui nous a été décrite par le responsable de l'information médicale de la clinique fondatrice du groupe (cf. ci-dessus), que nous avons rencontré. Mais elle est similaire à la clinique 2 à quelques nuances près.

Une autre évolution importante à situer dans ce chapitre de la chaîne du dossier patient consiste à viser la dématérialisation de ce dossier, plus précisément le CRO et la lettre de sortie, projet confié au responsable des systèmes d'information du groupe, et qui devrait aboutir sous une échéance de trois mois. À l'heure actuelle une première concrétisation de ce projet est constituée par un compte-rendu type simple, d'une page, valable pour les séjours de moins de quarante-huit heures, et disponible sur le serveur e-patient.

La problématique des consommables médicaux

Un problème a été évoqué lors de nos entretiens, qui ne se pose encore que potentiellement, et qui est celui des consommables médicaux. Jusqu'ici les cliniques pouvaient les facturer directement (en dehors des médicaments courants faisant l'objet d'un forfait). L'intégration des coûts correspondants dans les tarifs des GHS, mise à part la liste des produits payés à l'euro, change assez profondément cette perspective. Ainsi le management de la clinique (ou du groupe), pourrait avoir le réflexe d'acquérir des produits au prix inférieur à ceux, de fonction identique, ou apparemment identique, à ceux dont les prix ont servi à l'élaboration des coûts de l'ENC et donc des tarifs. Mais les médecins pourraient alors contester la qualité de ces produits (exemple de la pince chinoise, comparée au dernier cri de la technologie).

Les conflits liés à ces écarts entre logique économique et logique professionnelle ne se sont pas encore concrétisés. "On a ce que l'on veut " (Le président de la CME), mais ils pourraient apparaître, surtout si la liste des produits directement remboursés s'amenuise, comme cela est prévu. Ils entraîneraient des discussions essentiellement entre les médecins et le pharmacien, qui est responsable des achats médicaux. Le service Achats transversal au groupe, pour sa part, a en charge les achats généraux et hôteliers, sur lesquels, d'ailleurs des réflexions sont menées, la T2A ayant été favorable au début de son instauration, cet effet ayant tendance à s'estomper à présent. Ce service intervient indirectement sur les achats médicaux : d'une part sous la forme d'une aide à la négociation pour le corps médical et pharmaceutique, d'autre part en utilisant le service d'un organisme de référencement des produits – le club H.

Cette problématique est donc à "surveiller", d'autant que le responsable des achats nous a déjà fourni des exemples éloquentes, où pour certains produits, l'écart entre prix intégré dans la T2A et le prix actuellement négocié par la clinique est important, dans un sens ou dans l'autre d'ailleurs. À ce titre, les établissements publics, avec leurs procédures d'appel d'offres pourraient paraître mieux armés face aux fournisseurs que les cliniques privées et ces procédures pourraient être intéressantes à imiter.

Annexe 9 - Analyse bibliographique

Cette analyse bibliographique internationale a été réalisée au démarrage de l'étude pour orienter l'élaboration de la grille d'analyse et les investigations de terrain.

Méthode

Nous avons procédé d'une part à une recherche systématique à partir de sources de données connues et présumées fournir des informations sur le sujet de la recherche, d'autre part à des requêtes sur bases de données internationales à partir de mots-clefs. Sur le premier point, un certain nombre de travaux ont été consultés ou de sites interrogés. C'est ainsi que nous avons exploré la piste des mémoires de l'ENSP, de ceux de l'Ecole des Cadres Hospitaliers, de l'EMAMH. Nous avons demandé à l'IRDES de consulter son fonds documentaire. Cet organisme nous a orientés sur un certain nombre de sites. Par ailleurs nous avons consulté l'ensemble des rapports de la commission MedPac (Medicare Payment Advisory Commission, qui aux USA a remplacé en 1997 la commission Propac, et dont tous les rapports biannuels au parlement américain sont consultables en ligne). Les actes du colloque organisé par la mission MT2A en février 2000 sur les expériences étrangères ont été consultés, ainsi qu'un certain nombre de rapports officiels : celui de la HCAAM sur l'hospitalisation (2006), celui de l'IGAS sur la convergence tarifaire (2006), le rapport du ministère de la Santé sur « Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières », les publications de l'observatoire des recompositions hospitalières, la base du réseau documentaire de l'Administration Centrale du Ministère de la Santé. Pour les bases de données internationales, Medline a été évidemment consultée, ainsi que EBSCO, Elsevier. Mots clefs utilisés dans des combinaisons OR et AND : « diagnosis related groups », « prospective payment system », « organization », « administration », « organizational change », « hospital restructuring ».

Nous présentons successivement les constats transversaux et une analyse thématique détaillée.

1. Constats transversaux

1.1 La faiblesse relative des contributions portant sur l'organisation, au sens où nous l'entendons dans le cadre de la recherche

Peu de publications vont dans le détail des transformations des dispositifs concrets, internes aux établissements, visant à modifier les modes de délégation et d'effectuation des activités, de coordination, d'évaluation, d'incitation, transformations qui sont en principe au cœur des analyses de la recherche engagée par la DREES. Cette observation se décline en fait de plusieurs façons.

La sélection de mots clefs tels que « PPS », « DRG's », « organizational changes », ne suffit pas à obtenir une publication centrée sur le dernier terme. On est conduit dans un grand nombre de cas à une analyse des impacts des nouveaux modes de financement sur les **résultats** de l'activité (les « outcomes »), la perspective des changements organisationnels étant seulement évoquée et non décrite. C'est ainsi que nous avons écarté une production dont les chercheurs américains sont très friands, et qui s'intéresse à l'évolution de la qualité des soins. Plus généralement, s'il s'agit d'analyser les changements organisationnels sous l'angle du triptyque « contenu / contexte / processus », le dernier terme, renvoyant à l'idée de mise en place de dispositifs concrets, instrumentés ou non, paraît régulièrement absent. Il est frappant de constater à propos d'un colloque intitulé « Management, Organization, Economics : Inside the box », alléchant donc par son titre, qu'un nombre extrêmement restreint des communications répond au cahier des charges que l'on penserait être associé à ce titre même, et qui pourrait se résumer par « aller y voir ». En fait la quasi-totalité des communications tentent de saisir les changements organisationnels par des analyses du type économétrique. Or, si de telles analyses, en soi légitimes, peuvent par exemple fournir des réponses à des questions reliant par exemple la durée de séjour aux évolutions du contexte économique, elles ne peuvent guère avoir accès aux modalités concrètes par lesquelles ce résultat a été obtenu. Au total, sur approximativement 150 publications examinées, nous en avons retenu une

soixantaine (voir §3.2) ; il est d'ailleurs intéressant de constater que certaines publications (cf par exemple Bazzoli, citée ci-dessous) regrettent la pauvreté des travaux ethnographiques, permettant de saisir les processus par les quels les changements constatés ont été obtenus.

La conception même du terme « organisation » est fluctuante. C'est ainsi qu'un bon nombre de contributions sélectionnées par requête sur base de données s'attaque en fait à des transformations plutôt d'ordre stratégique ou institutionnels : fusions, absorptions, restructurations, holdings, privatisations etc. En d'autres termes, il s'agit plus, bien souvent, de changements organisationnels au niveau du **système** hospitalier que des établissements. Cette observation renvoie également à la vitalité des recherches actuelles, notamment américaines, en matière d'économie institutionnelle (théorie des contrats, intégration verticale et horizontale, relations inter-entreprises etc.). Il ne s'agit pas de négliger cet aspect des transformations dans l'étude DREES, mais plutôt, là encore, de saisir par quelles innovations organisationnelles des organisations jugées peu enclines au changement en sont arrivés à des bouleversements profonds dans le « lego institutionnel »

1.2 La domination de la littérature anglo-saxonne et plus spécifiquement américaine

L'hégémonie américaine en matière de diffusion de l'écrit scientifique, confortée par l'extension de l'usage de la langue anglaise dans les communautés de chercheurs, a d'autant plus de raisons de s'exercer sur notre sujet que les USA sont des pionniers en matière de PPS (Prospective Payment System), érigé à un niveau fédéral pour le programme Medicare dès 1983. Cette observation cela dit doit être tempérée par un effet de notre sélection : un certain nombre de publications d'autres pays pouvaient sans doute être intéressantes, au vu du titre ou du résumé (quand ce dernier était disponible), mais n'étaient accessibles que dans leur langue originelle, le norvégien par exemple. Compte tenu des limites temporelles de notre exercice, nous n'avons pas pu procéder aux traductions correspondantes. Ce point renvoie évidemment aux limites plus générales du même exercice, et qui lui sont consubstantielles : il va de soi que nous ne pouvons prétendre en une dizaine de jours de travail à l'exhaustivité, et que cette tâche d'analyse bibliographique devra se poursuivre tout au long de la recherche. Il est malgré tout frappant de constater dans notre « moisson » la faiblesse des contributions britanniques par rapport à celles venant d'Outre Atlantique.

Ce point conforte le précédent : au niveau des méthodes des économistes ou des spécialistes des sciences sociales, on connaît l'inclination générale des américains pour les études quantitatives, très souvent économétriques. Au niveau des représentations les plus intimes du fonctionnement social, on sait également que l'hégémonie de la figure du marché ne stimule guère pour aller « inside the black box ». La boîte reste noire, car l'essentiel est de lui opposer un bon système de prix ; l'organisation-intendance suivra.

1.3 La variété des supports, méthodes, contenus

Cela dit, le corpus obtenu reste très varié à plusieurs titres : tout d'abord il peut s'agir aussi bien d'articles de recherche que d'ouvrages de synthèses ou encore de rapports officiels (par exemple l'ensemble des rapports MedPac depuis la création de la commission, en 1997). Nous n'avons pas en particulier jugé nécessaire de sélectionner uniquement les contributions d'un niveau scientifique attesté, produisant des résultats à haut niveau de validation, estimant qu'une synthèse bibliographique, une étude de cas, pouvaient pointer sur un impact potentiel

de la T2A tout aussi important que ceux qui sont dégagés par des techniques avérées (et d'ailleurs nécessairement limitées dans leur spectre d'analyse). On trouvera donc, à côté des études économétriques, des analyses empiriques aux conclusions sans doute assez « rapides » aux yeux de chercheurs pointilleux, et également quelques études de cas. Nous n'avons pas non plus éliminé les aperçus prospectifs (« ce système de financement devrait avoir tel ou tel effet »). Comme on le verra ci-dessous, les contributions sont également très variables au niveau des questions traitées (qui vont des dispositifs visant à éliminer des examens inutiles aux stratégies de diversification de l'offre).

1.4 L'ambiguïté de la contrainte financière

La quasi-totalité des contributions examinées, surtout celles venant d'Outre Atlantique, conduisent à une difficulté d'interprétation que nous ne manquerons pas de rencontrer également dans la recherche engagée par la DREES : il est souvent impossible à partir de ces travaux de distinguer les effets d'une contrainte budgétaire s'exprimant sous la forme d'un forfait (ce que faisait après tout la dotation globale en France) de ceux plus spécifiquement liés à l'outil sur lequel repose la même contrainte, à savoir la description médicalisée de l'activité. Ce point est parfaitement explicable pour les études américaines, puisque la doctrine du forfait s'est concrétisée dans les faits en même temps que les DRGs. Au total c'est l'ensemble « forfait et non remboursement des coûts » et « forfait par DRG » qui est alors évalué au niveau de ses impacts ; mais dans un bon nombre de cas, on pourrait se poser la question de savoir si l'effet examiné (par exemple externalisation d'un certain nombre de malades) n'aurait pas pu être obtenu à partir d'un forfait global, non assis sur des prix par lignes de produit. D'une façon générale, le système américain a été soumis à un ensemble de stimulus (PPS, managed care, BBA-Balanced budget Act.), dont il est pour le moins aventureux de distinguer les impacts respectifs. Pour le cas français, s'il s'agit véritablement d'évaluer les effets organisationnels de la T2A, et parce que le paiement forfaitaire existait avant la T2A, il convient de bien séparer les impacts respectifs de ces deux principes de financement, en d'autres termes d'examiner en quoi la prise en compte des lignes de produit proposées par le PMSI conduit à des dispositifs organisationnels innovants.

1.5 Des résultats controversés

C'est un grand classique de toute la littérature éclore après la mise en place du PPS que de présenter des conclusions contradictoires, même quand les polémiques reposent sur des méthodologies scientifiques susceptibles de départager le vrai du faux, comme l'économétrie. Notre collection de publications ne déroge pas à cette règle, même si, sur tel ou tel grand sujet, la balance semble nettement pencher d'un côté (il semble admis par exemple, sauf par quelques réfractaires, que le PPS a entraîné une diminution de la durée de séjour – ou plutôt son accélération – et une augmentation de l'activité ambulatoire). Le cas le plus net concerne les impacts sur la politique RH des établissements, où, qu'il s'agisse des effectifs ou de la qualification, les résultats sont loin d'être clairs. Autre exemple : les quelques indications (vagues la plupart du temps) sur le partage des pouvoirs entre médecins et administratifs.

1.6 Une comparaison internationale peu présente et de toute façon difficile

Quelques publications examinées, non retenues d'ailleurs dans les tableaux suivants, portent sur des comparaisons internationales qui n'abordent pas le niveau organisationnel interne ;

certaines d'entre elles soulignent la difficulté de l'exercice compte tenu des contextes nationaux très variés et très différents auxquels sont soumis les systèmes hospitaliers. Il va de soi que cette proposition ne peut gagner qu'en validité lorsque l'on aborde le niveau micro-social de l'organisation interne (on ne les retrouvera donc pas dans les tableaux suivants). Par exemple un bon nombre de publications américaines abordent la question des impacts de la régulation sur les relations entre médecins et hôpitaux (contractualisation, incitations, intégration verticale allant jusqu'au salariat). La projection des mouvements enregistrés sur le cas français, en tout cas celui de l'hôpital public, n'a pas grand sens, compte tenu du statut des médecins hospitaliers publics. Mais au-delà, c'est évidemment toute l'architecture du système qui est en cause (notamment l'équilibre public/privé), et qui différencie fortement les situations

Pour résumer en quelques mots les transformations du système hospitalier soumis à un système de tarification type T2A (et se fondant essentiellement sur le cas américain), on soulignera les points suivants.

- Des transformations structurelles profondes se sont produites, avec multiples fusions, absorptions, restructurations, alliances, constitution de réseaux, permettant aux établissements d'élargir leurs surfaces de contact avec le marché, de diminuer les coûts par gains d'échelle, d'accélérer la rotation des malades par intégration des segments aval, d'améliorer le pouvoir de négociation etc.
- Une partie non négligeable de l'activité a été reportée sur l'ambulatoire et la médecine privée de ville, le nombre d'admissions hospitalières a diminué, les établissements ont développé l'instrumentation de gestion, notamment dans le chapitre de la comptabilité analytique, les pratiques médicale sont été revues, des gains importants ont été obtenus du côté des actes techniques superflus, les services administratifs se sont musclés, les médecins ont été formés à l'économie, les incidences sur le travail infirmier ont été diverses, les organisations-projet se sont développées, la communication interne a été améliorée.
- On dispose en revanche de très peu d'éléments sur les réorganisations éventuelles du travail (planification, amplitudes d'ouverture des services, horaires etc.).

2. Analyse thématique des publications

Nous restreignant aux publications traitant du double sujet Dispositifs de gestion / Outils de gestion (de près ou de loin, souvent de loin encore une fois), nous avons classé les contributions en huit thèmes, certains étant d'ailleurs très liés entre eux.

A/ trajectoires internes des patients ; changement dans les pratiques médicales ; reengineering ;

B/ impacts sur l'activité médicale ; transferts entre segments d'activité (hospitalisation/ambulatoire) ;

C/ spécialisation, diversification, innovations ... ;

D/ développement d'outils de gestion, de systèmes d'information ;

E/ impacts sur ressources humaines ;

F/ pratiques de management, rôle du contrôle de gestion, gestion de projets ;

G/ relations inter-hospitalières, externalisation activité, réseaux... ;

H/ restructurations, faillites, fusions, absorption ...

A. Diminution de la durée de séjour - Analyse des trajectoires et changement dans les pratiques médicales – Reengineering

Références	Résultats
– <i>La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle</i> Patrick EXPERT 2^{ème} édition, mai 2006, Ed Berger-Levrault	Présentation de l'historique de la réforme et des objectifs. Analyse prospective au niveau des parcours et durées de séjour des malades
– <i>Strategic Management of Health Care Organizations</i>, Fourth Edition, P. GINTER, L. SWAYNE, J. DUNCAN	Analyse stratégique (fusions, acquisitions), met l'accent sur influence modeste quant à l'organisation elle-même des soins
– Does reengineering really work ? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives, <i>Health services research</i>, Féb 2000. S. LEE WALSTON	Le reengineering peut impacter les coûts s'il est associé à une meilleure coordination et intégration. Importance du process
– Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews</i>, Apr, 1994 pp185-199 A. ROBINSON	Elimination possible des examens inutiles dans les laboratoires. Externalisation
– <i>Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care</i>, <i>Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. <u>Inpatient rehabilitation facilities : Organizational variation in strategic response to prospective payment</u>. E. DURKIN	Modification des critères d'admission et restructuration des procédures de communication internes
– <i>Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care</i>, <i>Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. <u>Building HR Capability in health care organizations</u> N. KHATRI, L. HICKS	Renforcement des « best practices »
– <i>Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care</i>, <i>Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. <u>Interhospital trauma transfer practices</u> J. McConnell, C. Newgard, J. HEDGES	Impact sur les transferts interhospitaliers
– Casemix information in the united states : fifteen years of management and clinical experience <i>Casemix Quarterly</i>, Volume 1, 31 March, 1999 R. COFFEY	Points importants : Elimination des examens inutiles, diminution de la durée de séjour, amélioration des prescriptions, coopération horizontale (labo, imagerie) Mais le lien avec pps pas évident.
Activity based financing of health care. Experiences from Sweden, <i>School of public administration, Göteborg university, Working Paper</i>, 2005.	Effet sur la productivité, Diminution des coûts, réduction des fils d'attente, DS plus courte. Ces résultats sont relativisés dans le papier, notamment concernant les coûts. Possible augmentation des coûts administratifs. Avantage de la Suède : application différenciée du PPS selon les contés, donc comparaison possible

– Improving health care : A dose of competition, Report by the federal trade commission and the department of justice, july 2004 – Worrying about accounting in health care, University of new south wales, Sidney, Australia, 2005 WF CHUA – DRGs, Incentives, Hospitals, And Physicians E. Berki, <i>Health Aff.</i> 1985 Winter ; 4(4):70-6 – Procedure optimization in hospital management, Anaesthesist, May 53(5) 414-426, 2004 M. BAUER, R. SCHLEPPERS, A. STEINFATH, M. TONNER, PH. MARTIN – Effects of medicare payment changes on oncology services MEDpac (Medicare payment advisory commission) Report to the congress, janvier, 2006. – The effects of health care industry changes on health care workers. Urban Institute, US .N. PINDUS, A. GREINER, novembre, 1997	Diminution de la DMS, phénomènes de concentration, Développement de structures spécialisées et ambulatoires Les buts recherchés : Augmentation outpatient, diminution DMS, augmentation nursing homes, augmentation du personnel administratif qualifié, développement des SI. Accent mis sur la « rhétorique des coûts ». Le papier reste très prudent sur la liaison PPS-observations. Diminution des actes avec incitation forte à la bureaucratie dans la prescription pour contrôler les coûts. Les laboratoires, radiologie, pharmacie, soins deviennent des centres de coût. Développement de la médecine procédurée. Workflow et réduction des temps des procédures anesthésistes Augmentation de la prescription (plus de séances, plus de patients) mais stabilité de la dépense, car les prix d'achats ont été ajustés Impact sur les pratiques médicales : diminution des coûts, négociation des achats et augmentation des recettes par de nouvelles activités (imagerie), ou par une sélection des patients Reengineering. Restructuration, concentration intégration verticale, réseaux. Travail collectif en projets et groupes multidisciplinaires, impact sur les profils des infirmières (moins diplômés ?)
---	---

Commentaire : les différents travaux mettent en avant de façon systématique l'impact sur la réduction de la DMS suite à la mise en place de PPS ou autres mécanismes incitatifs externes. Il est parfois difficile de discerner la part respective de chacun de ces mécanismes. Certaines contributions toutefois émettent des doutes sur ces liaisons que d'autres trouvent à présent claires.

La réduction de la DMS semble souvent corrélée à des changements opérés au niveau de l'organisation de l'activité de soin : opérations de reengineering, structures spécialisées ambulatoires, négociation des achats, concentration verticale et travail en projet et réduction du nombre d'examen et d'analyses.

B. Impacts sur la sélection des patients et la nature des séjours

Références	Résultats
– <i>Strategic Management of Health Care Organizations</i>, Fourth Edition, P. GINTER, L. SWAYNE, J. DUNCAN – Small rural hospitals : a fight for survival <i>Journal of rural nursing and health care</i> Volume 4 issue 2, 2004 J. ROBINSON, T. SAVAGE, R. SCRUSHY – Hearing on Medicare Balanced Budget act refinements, Oct 1999 G. WILENSKY, PH. CHAIR – Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews</i>, Apr, 1994 pp185-199 A. ROBINSON – Casemix information in the united states : fifteen years of management and clinical experience <i>Casemix Quarterly</i>, Volume 1, 31 March, 1999 R. COFFEY – Worrying about accounting in health care, University of new south wales, Sidney, Australia, 2005 WF CHUA – Change in the medicare case-mix index in the 1980s and the effect of the prospectice payment system <i>Health services research</i>, aout 1992 M. GOLDFARB, R. COFFEY – The effects of health care industry changes on health care workers. - Urban Institute, US N. PINDUS, A. GREINER, novembre, 1997	Inpatients>>> outpatients Fort impact du Balaced Budget act sur les hopitaux ruraux (développement des outpatient services) Départ de la clientèle vers l'extérieur Externalisation Externalisation des malades Croissance outpatient et développement du home healthcare Les facteurs liés au PPS expliquent 80 % de la variation (substitution chirurgie, médecine et amélioration du codage). L'augmentation de l'activité ambulatoire ne semble pas liée au PPS, car elle était déjà bien lancée avant sa mise en place Inpatient > outpatient

Commentaire : Cette rubrique a été isolée de la précédente alors que les deux sont très liées, car les publications américaines mettent l'accent en général sur les transferts d'activité entre secteurs (hospitalisation complète vers ambulatoire ou vers d'autres structures aval ou encore vers la médecine de ville). Cela dit, quelques messages contradictoires peuvent être relevés là aussi. Différents travaux relèvent des stratégies de concentration sur les activités médicales les mieux « économiquement » maîtrisées avec une externalisation de certains malades et le renforcement de l'activité ambulatoire.

C. Spécialisation et diversification

Références	Résultats
– The impact of market and organizational characteristics on nursing care facility service innovation : a resource dependency perspective, <i>Health Services Research</i>, 4/1/1996 MOR, VINCENT	Étude économétrique montrant les effets négatifs de la contrainte financière sur le développement de certaines spécialisations et innovations.
– Improving the upward mobility of low-skill workers : the case of the health industry Urban institute N. PINDUS, P. FLYNN, D. NIGHTINGALE	Diversification des produits et organisations (free-standing urgent care et ambulatory surgery centers) Réduction des coûts par l'intégration verticale Augmentation de la part des activités confiées aux personnes moins qualifiées Patient focused care (développement du travail collectif)
– Does reengineering really work ? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives, <i>Health services research</i>, Féb 2000. S. LEE WALSTON	Diversification
– Policy systems and their complexity dynamics : academic medical centers and managed care markets Falls church, Virginia, april 2003 M.V. LOOK	Thèse. Application théorique de la théorie de la complexité pour analyser les changements dans les « academics medical centers AMC ». Impact de l'incitation extérieure (PPS + managed care) en accentuant les particularités des AMC au niveau de l'enseignement et de la recherche en procédant à une démultiplication de leurs alliances institutionnelles. Complémentarité comme stratégie émergente non voulue.
– Improving health care : A dose of competition, Report by the federal trade commission and the department of justice, july 2004	Développement single specialty hospitals Développement activités ambulatoire (Ambulatory Surgery Centers)
– Differentiation and specialization in the <i>California hospital industry</i> 1983 to 1988. <i>Med Care</i>. 1996 Apr ;34(4):361-72. J. ZWANZIGER GA.MELNICK GA, L. SIMONSON	Renforcement de la différenciation et de la spécialisation
– Why are hospital-based nursing homes so costly ? The relative impact of selection bias and setting effects, <i>Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet</i>, 2000, 17 SD. PIZER, AJ. WHITE, C. WHITE	Développement du nursing home. Comparaison des coûts avec les structures hospitalières
- Consequences of Organizational Change in US Hospitals <i>Medical Care Research and Review</i>, vol 56, n°3, 1999 S-Y. D.LEE, J.A. ALEXANDER	Diversification des activités

Commentaire : apparemment un des effets du nouveau système de régulation aurait été de conduire à un double mouvement, de spécialisation sur certains segments, mais aussi d'extension de la gamme des produits.

D. Outils de gestion et systèmes d'information

Références	Résultats
– La tarification à l'activité. Médecin et gestion : une dynamique nouvelle Patrick EXPERT 2^{ème} éditions , mai 2006, Ed Berger-Levrault -Taking the road for PI : Use the Balanced Scorecard to find Your way. Lippincott's case management july-august 2000 L. BEHRENS, M. OLDENKAMP -Health Value Added : Improving Organizational Performance through Integrated Accountability Inside the Box. Management Organization Financing , Boston june 2005 N. FRIEDMAN, E. KOKIA, J. SHERMER – Improving the upward mobility of low-skill workers : the case of the health industry Urban institute N. PINDUS, P. FLYNN, D. NIGHTINGALE – Casemix information in the united states : fifteen years of management and clinical experience <i>Casemix Quarterly, Volume 1, 31 March, 1999</i> R. COFFEY – Adoption of costing system in US hospitals : an event history analysis 1980-1990 <i>Journal of accounting and public policy, Volume 19, issue1, spring 2000.</i> N.T. HILL Cost information in the new public sector environment : a case study of cost accounting change within a state owned teaching and research hospital <i>Working paper, school of accounting, economics and finance, 2005.</i> Z. HOQUE – Worrying about accounting in health care, University of new south wales, Sidney, Australia, 2005 WF CHUA – DRGs, Incentives, Hospitals, And Physicians, <i>Health Aff. 1985 Winter ; 4(4):70-6</i> E. BERKI – Institutional responses to Medicare's prospective payment system. <i>Health Policy. 1993 Oct ;25(3):255-70.</i> MAARSE H, ROOIJAKKERS D., DUZIJN R – Are reporting errors under PPS random or systematic? <i>Inquiry. 1990 Fall ;27(3):234-41</i> SODERSTROM NS, – Clinical performance measurement in surgery and orthopedics new aspects in 2004 <i>Zentrabl Chir, june, 129 (3) pp 165-171</i> K. DOBLER, VD MOHR -Usage de la comptabilité analytique hospitalière dans les hôpitaux publics et PSPH MeaH, juin 2006 Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne. Gestions hospitalières, n° 443, février 2005 F.KOHLER La prévision d'activité : un outil stratégique dans le cadre de la	Développement d'outils de gestion et SI Nouveaux instruments de gestion Développement tableaux de bord SI Développement des SI Système d'analyse des coûts Systèmes de calcul des coûts SI SI Développement de système d'information médicale et création de département d'information médicale Impacts PPS sur les formes de pilotage de l'activité Instrument de mesure de la performance La MeaH constate, sur deux échantillons successifs d'établissements, une accélération de la construction et de l'utilisation des outils de comptabilité analytique, et ce depuis la t2A. Prévision d'un fort développement des outils de comptabilité analytique et d'analyse des trajectoires de patients. Développement prévu des outils d'analyse de la position

tarification à l'activité Gestions hospitalières n° 442, janvier 2005 F. MADELMONT Adoption of costing systems in US hospitals. An event history analysis 1980-1990 Journal of Accounting and Public Policy vol 19, spring 2000 N.T. HILL Mise en place et implications d'un financement des pôles à l'activité : l'exemple du CHU de Montpellier. Mémoire ENSP 2004 S. PRATMARTY	stratégique des établissements. Étude économétrique sur les causes d'adoption de systèmes de comptabilité analytique. PPS comme une des variables explicatives. Au total, sur l'échantillon de 589 établissements, 37,8 % ont développé de tels systèmes. Developpement (en prévisionnel) des outils de gestion. Contractualisation interne. Rationalisation (notamment consultations)
---	--

Commentaire : Chapitre très nourri. D'après les travaux cités, on peut noter particulièrement le développement de systèmes d'analyse des coûts et le pilotage économique de l'activité reposant souvent sur l'introduction de nouveaux systèmes d'information. Cela dit, pas mal de « prospective » sur ce thème par rapport à des constatations. Il est parfois noté dans ce dernier cas que les instruments se voient appropriés par les managers, très peu encore par la profession médicale.

E Ressources humaines

Références	Résultats
– Executive and the legal environment : the case of California hospitals, Volume 18, Number 3, Sept, 2003 J. POTTER, T.J. DOWD – Improving the upward mobility of low-skill workers : the case of the health industry Urban institute N. PINDUS, P. FLYNN, D. NIGHTINGALE – Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews</i>, Apr, 1994 pp185-199 A. ROBINSON – <i>Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care, Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. - Does hospital price competition influence nurse staffing and quality of care ? <u>Interhospital trauma transfer practices</u> J. SOCHALSKI, K. VOLPP, R. KONETZKA, J. ZHU, J. SPETZ – <i>Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care, Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. Inpatient rehabilitation facilities : Organizational variation in strategic response to prospective payment. E. DURKIN – Casemix information in the united states : fifteen years of management and clinical experience <i>Casemix Quarterly</i>, Volume 1, 31 March, 1999 R. COFFEY – Activity based financing of health care. Experiences from Sweden, <i>School of public administration, Göteborg university, Working Paper</i>, 2005. – The effects managed care and prospective payment on the demand for hospital nurses : evidence from California <i>Health services research</i>, 12/1/1999. J. SPETZ – Worrying about accounting in health care, University of new south wales, Sidney, Australia, 2005 WF CHUA – DRGs, Incentives, Hospitals, And Physicians, <i>Health Aff. 1985 Winter ; 4(4):70-6</i> E. BERKI – The effects of Managed Care and prospective payment on the demand for hospital nurses : Evidence from California., <i>Health services Research 34 :5 part 1 December 1999</i>. J.SPETZ – The production of health care services and changing hospital reimbursement. The role of hospital-medical staff relationships. <i>Journal of Health Economics</i>, sep 1990 WS CUSTER, JW MOSER, RA MUSACCHIO, RJ WILKE	- Turnover des chefs - Augmentation du personnel non qualifié - Réduction du personnel dans les labos, formation des prescripteurs - Réduction de l'effectif infirmières, effet sur le niveau de recrutement - Augmentation puis diminution de la part du personnel infirmier qualifié - Réduction staff infirmières - Développement des services codage Augmentation des contrats de travail précaires - Augmentation du personnel administratif - L'article conclue sur l'absence d'effet PPS avéré sur l'emploi de personnel de soin qualifié - Augmentation du personnel qualifié et administratif - Diminution du personnel non qualifié - Faible effet sur le staff infirmier - Contribution théorique sur les changements dans les modes de relation et de rétribution des médecins liés à ceux dans le mode de financement

Commentaire : Les travaux analysés insistent sur l'augmentation des tâches administratives ; pour l'évolution du travail infirmier, les résultats apparaissent peu sûrs sinon contradictoires.

F. Pratiques de gestion, management, rôle du contrôle de gestion

Références	Résultats
– Controller's role in monitoring prospective payment system <i>Health prog. May 67(4) : 24, 1986</i> FD. MAGRIF – Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews</i>, Apr, 1994 pp185-199 A. ROBINSON – Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care, <i>Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health., Boston, juin 2005 Inpatient rehabilitation facilities : Organizational variation in strategic response to prospective payment. E. DURKIN – Casemix accounting systems and medical coding <i>Journal of organizational change management</i>, volume 14, Number 1, 2001, pp 79-100 A. LOWE – Management of hospitals in the prospective payment system Konishi T., <i>Gan To Kagaku Ryoho, Kanto 2004, Aug ;31(8):1158-63</i> – Effects of medicare payment changes on oncology services MEDpac (Medicare payment advisory commission) Report to the congress, janvier, 2006. – The effects of health care industry changes on health care workers. Urban Institute, US .N. PINDUS, A. GREINER, novembre, 1997 Mise en place et implications d'un financement des pôles à l'activité : l'exemple du CHU de Montpellier. Mémoire ENSP 2004 S. PRATMARTY	Rôle du contrôle, qui doit devenir davantage interactif ;création de groupes d'analyse Dispositifs de formation des prescripteurs Structuration de la communication interne Equipes projets parmi les soignants Lecture latourienne du processus d'enrôlement nécessaire des médecins autour du codage Fonctionnement en mode projet Augmentation des recettes par de nouvelles activités Analyse des prix et soustractions Travail collectif, groupes projets Réorganisation de l'administration centrale autour du concept de « guichet unique » (en prospectif)

Commentaire : beaucoup de « prospectif » (lettres au père Noël ?), centré sur l'interdisciplinaire, les groupes projet etc.

G. Mise en réseaux, relations inter hospitalières, contractualisation institutionnelle

Références	Résultats
– La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle Patrick EXPERT 2^{ème} éditions , mai 2006, Ed Berger-Levrault	Quelques éléments sur les nouvelles relations interhospitalières. Analyse prospective France
– Strategic Management of Health Care Organizations, Fourth Edition, P. GINTER, L. SWAYNE, J. DUNCAN	Développement des réseaux
– Small rural hospitals : a fight for survival <i>Journal of rural nursing and health care</i> Volume 4 issue 2, 2004 J. ROBINSON, T. SAVAGE, R. SCRUSHY	Télémedecine pour les hôpitaux locaux
– Relationships with managed care organization and health care networks : influence on structural adaptation to medicare's PPS for skilled nursing facilities <i>Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet, 2000</i> AC PETRISEK, AC. ANGELELLI, V. ZINN	Effets du PPS sur les SNF (Skilled Nursing Facilities) suivant leur participation à des réseaux.
- Improving the upward mobility of low-skill workers : the case of the health industry Urban institute N. PINDUS, P. FLYNN, D. NIGHTINGALE	Stratégies d'alliance ; réseaux
– Conséquences of organizational Change in US Hospitals <i>Medical Care Research and Review, Vol 56, N°3, PP227-278, 1999.</i> SY. LEE	Changements multi-institutionnels ;
– Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews, Apr, 1994 pp185-199</i> A. ROBINSON	Contractualisation interne et externe en biologie
– Policy systems and their complexity dynamics : academic medical centers and managed care markets W. Paper, falls church, Virginia, april 2003 PH. KRONENBERG, T. HERDMAN, J. REES, J. WOLF	Mise en réseau des AMC
– The impact of strategic Groups on Interorganizationel responses to environnement change <i>University of California at Berkley, March, 1997.</i> T. GRUCA, D. NATH	Étude économétrique montrant la supériorité de la mise en réseau quant au pouvoir de négociation et la gamme de services
– Casemix information in the united states : fifteen years of management and clinical experience	Mise en réseaux Élargissement de la gamme des produits Coopération plateau technique

<i>Casemix Quarterly, Volume 1, 31 March, 1999</i> R. COFFEY – Improving health care : A dose of competition, Report by the federal trade commission and the department of justice, july 2004 – DRGs, Incentives, Hospitals, And Physicians, <i>Health Aff. 1985 Winter ; 4(4):70-6</i> E. BERKI – Vertical integration and organizational networks in health care. <i>Health Aff (Millwood). 1996 Spring ;15(1):7-22.</i> ROBINSON AND CASALINO – Administered pricing and vertical integrtration in the hospital industry, Robinson, James C. <i>Journal of Law & Economics</i>, Apr96, Vol. 39 Issue 1, p357-378, 22p, 3 charts ; – Effects of hospital's structural clinical integration on efficiency and patient outcome, <i>Health serv Management Res</i>, Nov 15(4), pp 234-244, 2002. LEE K, WAN TT – Two decades of organizational change in Health care : What have we learned ? <i>Medical Care Research and Review</i>, Vol 61 N° 3, sept, 2004, pp 247-331 G. BAZZOLI, L. DYNAN, L. BURNS, C. YAP – Health and health care 2010 Institute for the future The effects of health care industry changes on health care workers. Urban Institute, US .N. PINDUS, A. GREINER, novembre, 1997	Perplexité sur les résultats (gains éco ?) et sur les causes (PPS ?) Constitution de multi-hospitals system Intégration horizontale et verticale Intégration/diversification Étude des relations entre hôpitaux et aval (nursing homes). Tendance à l'intégration verticale. Étude économétrique ; prudence sur les résultats quant aux liens entre intégration verticale, coûts et résultats. Survey très complet (101 publications examinées) sur les transformations structurelles dus système de santé américain (réseaux, health-systems, fusions..). L'accent est mis sur les ambiguïtés quant aux résultats. Un état des problèmes de santé aux US. : Stratégie de développement : mise en réseaux, intégration verticale, centres d'excellence, courtiers en soins (!) Intégration verticale, réseaux
--	---

Commentaire : avec le chapitre suivant, dont il est très voisin, de loin le thème le plus développé outre-Atlantique. Les résultats en termes de dépenses ou encore de résultats des soins sont loin d'être clairs.

H. Restructuration, faillites, absorption, fusion, niches

Références	Résultats
– <i>Strategic Management of Health Care Organizations</i>, Fourth Edition, P. GINTER, L. SWAYNE, J. DUNCAN	768 hopitaux US impliqués dans 235 fusions en 1996 ! Peu de changements d'après les auteurs sur les pratiques médicales. En revanche „such dramatic changes have created a complex and chaotic care environment"
– Improving the upward mobility of low-skill workers : the case of the health industry Urban institute N. PINDUS, P. FLYNN, D. NIGHTINGALE	Les fusions parmi les diverses reconfigurations de l'offre. Confusion entre structures non-profit et profit.
– Conséquences of organizational Change in US Hospitals <i>Medical Care Research and Review</i>, Vol 56, N°3, PP227-278, 1999. SY. LEE	Changements dans l' « ownership »
– Rationale for Cost-Effective laboratory Medicine <i>Clinical Microbiology Reviews</i>, Apr, 1994 pp185-199 A. ROBINSON	Centralisation laboratoires
– Inside the black box : How management characteristics influence the delivery of patient care, <i>Management Organization and Financing</i>, Boston School of public health. Closures of hospital services : how often, and what impact ? J. SPETZ, P. KIRBY, L. SIMONSON, R. SCHEFFLER	Fermetures de services très variables selon les spécialités (particulièrement visées : les maternités). Peu de changement notable dans l'étendue de la gamme offerte. Peu d'impacts sur la qualité.
– Improving health care : A dose of competition, Report by the federal trade commission and the department of justice, july 2004	Assez critique sur les phénomènes de concentration. Qualité des soins , couts ?
– Worrying about accounting in health care, University of new south wales, Sidney, Australia, 2005 WF CHUA	Faillite des petits établissements
– Two decades of organizational change in Health care : What have we learned ? <i>Medical Care Research and Review</i>, Vol 61 N° 3, sept, 2004, pp 247-331 G. BAZZOLI, L. DYNAN, L. BURNS, C. YAP	Cf. chapitre précédent.
– For better or worse : merged hospitals may save on costs, but do consumers pay the price for efficiency ? Northwestern University April 5, 2001	En fait un commentaire d'un article de G. Bazzoli, A. Lo Sasso, M. Shalowitz, étudiant le phénomène des fusions sur 1980/2000 et critique sur les conséquences pour les patients.

Commentaire : très voisins du chapitre précédent, dont il ne se distingue que par la forme des droits de propriété sur les établissements. À lire ces deux séries de contributions, les mutations des systèmes de santé analysés ont été surtout de l'ordre du stratégique ou institutionnels.

Quelques indications diverses

En dehors des articles, ouvrages ou communications consultés, certaines sources mobilisées de façon systématique, ont suggéré, la plupart du temps de façon assez allusive, des thèmes organisationnels susceptibles d'être plus spécifiquement examinés.

Ainsi, le colloque organisé en février 2005 par la Mission T2A sur les expériences européennes, n'a pas été sans faire écho, de façon éparse et ponctuelle (les thèmes principaux du colloque ne portaient pas en général sur l'organisation interne) aux têtes de chapitre précédentes : optimisation des trajectoires (F. RAU, Allemagne, et A. DONATINI, Italie), transferts vers l'ambulatorio (A. DONATINI, Italie), spécialisation/différenciation (G.DURAND, Belgique), développement outils comptabilité analytique et planification (M.C. CLOSON, Belgique, B. DREDGE, Royaume Uni, H. GUILLAIN, Suisse, G. DURAND, Belgique), Ressources humaines (formation médecins, nouveaux profils de professionnels, F. HEIMIG, Allemagne et S. ESTEVENS, Portugal, mécanismes incitatifs, P. TEDESCHI, Italie, accent mis sur els codificateurs, G. DURAND, Belgique), méthodes de gestion (équipes projet, P. FORDEN, Royaume Uni, « care managers », K. HONSEL, Suède).

De même, on pourra trouver dans les thèmes de travail choisis par les médecins suivant la formation EMAMH pour leurs mémoires 2006 certains éléments qui ne sont pas sans renvoyer à la problématique T2A/organisation, comme : avenir des examens hors nomenclatures faits pour d'autres structures, organisation des soins transversaux (soins palliatifs, dénutrition..) difficilement valorisables, regroupement d'activités peu rentables avec des activités éventuellement éloignées en nature, mais bien valorisables...