



HAL
open science

Facturation individuelle des établissements de santé : faire évoluer les pratiques pour faire face aux risques

Sophie Bruel, Jean-Sébastien Raynal

► To cite this version:

Sophie Bruel, Jean-Sébastien Raynal. Facturation individuelle des établissements de santé : faire évoluer les pratiques pour faire face aux risques. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03508417

HAL Id: dumas-03508417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03508417v1>

Submitted on 3 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Master 2

Année : 2020/2021

Management stratégique des organisations de santé

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE

Option « sanitaire » ou Option « médico-social »

Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé :
Faire évoluer les pratiques pour faire face aux risques.

Présenté par :

Sophie BRUEL

Jean-Sébastien RAYNAL

Jury :

Madame Irène GEORGESCU

Professeur des Universités

Directrice du mémoire

Docteur Isabelle GIRAUD

Médecin DIM du CHU de Montpellier

Année : 2020/2021

Vendredi 10 septembre 2021

Remerciements

Remerciements de Sophie Bruel :

En premier lieu, je tiens à remercier le CHU de Montpellier pour son accord me permettant de suivre cette formation. Je remercie sincèrement le Docteur Isabelle GIRAUD pour son soutien lors de cette année.

Je remercie également Madame Irène GEORGESCU pour son temps et son accompagnement tout au long de cette année ainsi que le CESEGH pour la qualité des enseignements malgré des conditions particulières.

Je remercie Jean-Sébastien pour son implication dans nos travaux en binôme. Enfin, je remercie vivement mon mari, mes proches et mes collègues pour leur soutien et leur écoute tout au long de cette année.

Remerciements de Jean-Sébastien RAYNAL :

Je remercie le CESEGH pour la qualité de ce Master. Malgré les conditions compliquées qui ont rendu cette année encore un peu plus dure qu'elle devait l'être initialement, le distanciel n'a pas endommagé la pertinence des interventions et la complémentarité des modules.

Je remercie Madame GEORGESCU pour sa disponibilité et ses conseils avisés. Pour avoir accepté mon projet de formation et pour leur contribution, je remercie le centre hospitalier de Rodez et particulièrement les équipes du DIM et du Bureau des entrées.

Enfin, je remercie Sophie, Sandrine et ma famille pour m'avoir accompagné et soutenu tout au long de cette année.

Table des matières

Introduction	9
1 Le contexte historique de la réforme de la facturation directe	11
1.1 Le cadre économique, la soutenabilité des dépenses de santé	11
1.1.1 La croissance des dépenses	12
1.1.2 Le déséquilibre dépenses/recettes	14
1.2 Le système de financement des établissements publics de santé avant 2004	14
1.3 La Tarification à l'Activité (T2A).....	17
1.3.1 Le PMSI et les GHM	18
1.3.2 Les autres financements complémentaires à la T2A.....	20
1.3.3 Une rémunération indexée en partie sur l'activité des établissements	21
1.3.4 L'EPRD, un complément à la gouvernance des établissements de santé	23
1.3.5 Le constat des effets du système T2A	25
1.3.6 Les pistes d'évolution des systèmes de financement.....	28
1.4 La facturation individuelle des établissements de santé	31
2 Le management du changement : revue de littérature	36
2.1 Les formes et typologies du changement.....	36
2.2 Les problématiques théoriques du changement	39
2.3 Les facteurs de résistance au changement et stratégies de changement	41
2.4 L'apprentissage organisationnel.....	42
2.5 L'appropriation du changement.....	43
3 Méthodologie	46

4 Observations et analyse	48
4.1 Présentation des structures.....	48
4.1.1 Le centre hospitalier de Rodez.....	48
4.1.2 Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	50
4.2 Analyse des résultats	51
4.2.1 Analyse des résultats du Centre Hospitalier de Rodez	51
4.2.2 Analyse des résultats du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	57
5 Discussion	62
Conclusion	66
Bibliographie	68
Annexes.....	70

Glossaire

- ACE, actes et consultations externes
- ALD, affection longue durée
- AMC, assurance maladie complémentaire
- AMO, assurance maladie obligatoire
- ARS, agence régionale de santé
- ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- BDE, bureau des entrées
- BFR, besoin en fonds de roulement
- CAF, capacité d'autofinancement
- CCDP, caisses centralisatrices des paiements
- CDRi, consultation des droits intégrés
- CPOM, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRH, compte-rendu d'hospitalisation
- CRO, compte-rendu opératoire
- DDASS, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DGF, dotation globale de financement
- DMI, dispositif médical implantable
- DMS, durée moyenne de séjour
- DPI, dossier patient informatisé
- EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPRD, état prévisionnel des recettes et des dépenses
- FICHCOMP, fichier complémentaire
- FIDES, facturation individuelle des établissements de santé
- FR, fonds de roulement
- GAP, gestion administrative des patients
- GHM, groupe homogène de malades
- GHS, groupe homogène de séjours

- GHT, groupement hospitalier de territoire
- IFAQ, incitation financière à l'amélioration de la qualité
- LFSS, loi de financement de la sécurité sociale
- MCO, médecine, chirurgie, obstétrique
- MIGAC, missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- MO, molécule onéreuse
- OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques
- PGFP, Plan global de financement pluriannuel
- PIB, produit intérieur brut
- PMSI, programme de médicalisation des systèmes d'information
- ROC, remboursement des organismes complémentaires
- ROSP, rémunération sur objectifs de santé publique
- RUM, résumé d'unité médicale
- SAMU, service d'aide médicale urgente
- SIH, système d'information hospitalier
- SMUR, service mobile d'urgence et de réanimation
- T2A, tarification à l'activité
- TIM, technicien de l'information médicale

Introduction

Depuis la mise en place de la T2A, le secteur hospitalier se retrouve face à plusieurs injonctions : mieux répondre aux besoins et exigences croissantes des populations, faire face à des défis médicaux émergents et parfois inattendus, assurer qualité et sécurité des prestations, avec des financements liés à un mécanisme de prix fixés nationalement, incitant à l'efficacité ou bien à l'accroissement de l'activité.

Selon JC MOISDON, la T2A a induit principalement des changements dans les outils et les pratiques de gestion. Selon lui, ils concernent les actions sur la chaîne administrative de facturation des séjours, le développement d'outils de gestion des pôles, le développement de la contractualisation interne, l'émergence d'une réflexion stratégique conduisant les établissements à rechercher les voies du développement de leur activité mais aussi de partenariat avec d'autres établissements.

Les enjeux de cette transformation ne nécessitent-ils pas la mise en place de moyens innovants en repensant les logiques gestionnaires, et en promouvant de nouvelles stratégies de pilotage ? La triangulation managériale ne devient-elle pas une nécessité : le médical travaille-t-il avec l'administratif, en impliquant également les usagers qui sont au centre du dispositif ? Le secteur ne supporte pas seulement le poids des contraintes budgétaires, mais aussi l'émergence de critères de qualité visant notamment à rationaliser l'action autour d'indicateurs. Face à la complexité qu'implique une gestion d'établissements de santé aujourd'hui, l'analyse stratégique s'impose aux directeurs d'établissements ; il s'agit de combiner ses moyens et ses ressources en fonction des contingences. En effet, tous les projets doivent intégrer les différentes logiques : économiques, administratives, médicales, logistiques, environnementales et sociales. Face à ces enjeux, en tant que responsables, quels types de management adopter pour anticiper ce changement profond et réussir ces défis qui s'imposent au secteur ? Comment s'approprier les nécessités nouvelles pour transformer les contraintes en opportunités ? Les établissements doivent être en mesure d'anticiper les adaptations de demain dans leur stratégie globale.

A travers ce mémoire, nous avons fait le choix de nous intéresser au projet FIDES Séjours, qui vient modifier les pratiques de facturation des établissements de santé. Il nous a semblé intéressant de par sa complexité, la multitude d'acteurs concernés, leurs diversités, les interrogations que ce projet peut poser sur les processus en place, être un bon support à l'étude du changement et de son management.

Plus précisément, nous cherchons à répondre à la problématique suivante :

Quelles adaptations de processus la structure doit-elle mettre en œuvre dans le cadre d'un changement de réglementation exogène ?

Pour cela nous nous appuyerons sur le cadre théorique du management du changement.

Le mémoire est structuré en cinq parties. Après avoir présenté le contexte, le cadre et l'historique du projet FIDES-Séjours, nous effectuerons une revue de littérature dans le champ du changement. Nous exposerons la méthodologie retenue. Nous poursuivons par la présentation des résultats suivis d'une discussion.

1 Le contexte historique de la réforme de la facturation directe

Afin de mieux comprendre FIDES-Séjours, il paraît indiqué de s'intéresser dans un premier temps au contexte historique du financement des établissements de santé et son évolution. La réforme de 2003 du financement des établissements de santé a instauré une tarification à l'acte et à l'activité (T2A). Cette réforme était assortie, s'agissant des établissements anciennement sous dotation globale, d'une modification des règles de facturation. Elle prévoyait notamment la mise en place, à partir de 2006, d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie, des prestations de santé (séjours, actes et consultations externes). Ce mécanisme de génération des recettes était destiné à se substituer au mécanisme de versement de la dotation globale, pour la part des recettes des établissements de santé émanant de l'assurance maladie obligatoire et liée à l'activité. Il se voulait analogue dans ses principes au système en vigueur pour les cliniques privées, qui ont toujours eu un mode de facturation directe, modifié en 2001 par la mise en place des caisses centralisatrices des paiements (CCDP), et en 2005 par la substitution des tarifs de Groupe Homogène de séjour (GHS) aux anciens prix de journée. Dans l'attente de cette facturation directe, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place en 2005 pour les hôpitaux : la valorisation des prestations de soins est réalisée par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et validée sous forme agrégée – initialement chaque trimestre et mensuellement depuis avril 2007 – par les agences régionales de santé.

1.1 Le cadre économique, la soutenabilité des dépenses de santé

Les enjeux principaux pour les pouvoirs publics dans l'encadrement des politiques de santé en France et dans le monde sont les suivantes :

- Produire des soins de qualité,
- Rendre efficient le système de santé à travers la politique menée,

- Réduire, abaisser les inégalités géographiques, sociales, et maximiser le bénéfice du système à l'ensemble de la population,
- S'assurer de la soutenabilité du rythme des dépenses de santé à plusieurs années selon les efforts financiers que la nation est prête à consentir.

La soutenabilité a été définie par Poltron ainsi : “capacité d'un système à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre aux leurs.”

Le système doit répondre aux besoins et conserver cette capacité dans le temps en faisant face aux dépenses de santé, en augmentation permanente, et au principe de financement collectif en ne nuisant pas de façon excessive au pouvoir d'achat des contribuables et à la compétitivité des entreprises dans un marché concurrentiel.

Les dépenses de santé correspondent aux consommations de l'ensemble des soins (hospitaliers, hors soins de longue durée, ambulatoires), des services (transports) et des biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux) sur l'ensemble du territoire national par les résidents et non-résidents. Sur un budget annuel de 200 milliards d'euros, le système hospitalier représente à lui seul environ la moitié de ces dépenses.

1.1.1 La croissance des dépenses

La croissance des dépenses de santé est depuis la fin des 30 glorieuses toujours supérieure à la création des richesses dans le monde. Le système de santé est de plus en plus sollicité avec l'augmentation des dépenses. En outre, plus d'argent est à trouver par l'Etat dans un système économique contraint ne générant pas une augmentation des richesses équivalentes.

De plus, le paradigme sociétal historique français, basé sur la socialisation des dépenses de santé, est que chacun, quel que soit ses moyens, doit pouvoir se

faire soigner avec une logique d'inclusion à tous des bénéficiaires du système de santé.

Pourquoi les dépenses de santé augmentent ?

- Accroissement de la population ?
- Vieillesse de la population ? Maladie chronique ?
- Progrès médical ?
- Gaspillage ?
- Acharnement thérapeutique ?

L'augmentation des dépenses est multifactorielle, elle est liée à la démographie, 3% s'expliquent par le vieillissement, 3% au titre de la croissance démographique mais majoritairement elle est liée à un effet inhabituel du progrès technique. Celui-ci en santé a une incidence majeure sur le montant de la dépense différemment à d'autres secteurs économiques où il a généralement pour effet une réduction des coûts, une meilleure efficacité.

Ils existent bien en santé des innovations qui ont permis de réduire les coûts (par exemple les antibiotiques, les antiulcéreux, les greffes) mais d'autres facteurs agissent en sens inverse :

- Extension des indications du progrès technique : au début, nous constatons une limitation de l'utilisation des techniques sur certains types de pathologies, patients ciblés et au fur et à mesure de sa bonne appropriation sur le principe du bénéfice/risque devenant de plus en plus positif on étend la cible de patientèle.
- Chronicisation des maladies : le principe est que tout progrès qui allonge la durée de vie accroît les dépenses futures. L'allongement de la durée de vie voit apparaître des défis médicaux permanents.

1.1.2 Le déséquilibre dépenses/recettes

Le déséquilibre dépenses/recettes pose la question de la soutenabilité du système et les fondements des réformes du financement hospitalier.

Dans un contexte de situation déficitaire de l'assurance maladie depuis le début des années 1990, l'essentiel de l'action publique consiste à réduire le rythme d'augmentation des dépenses. Situation dans laquelle la plupart des pays développés se trouvent, cherchant à réduire la hausse des dépenses de santé.

La croissance limitée du PIB à un rythme inférieur aux dépenses de santé, associé à une croissance démographique engendre une diminution du PIB par habitant, ce qui dans un système de financement collectif fait peser aux contribuables une charge croissante.

C'est dans ce contexte que les réformes des systèmes de financements des établissements de santé ont été menées. Un consensus émergent pour produire des réformes incitant à la nécessaire réduction du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie en essayant d'agir plus efficacement sur les comportements de recherche d'efficience avec des mécanismes d'incitation à faire le meilleur usage de l'argent confié. Ces incitatifs devant être équitables entre le public et le privé (Budget global vs prix de journée) dans le respect de la contrainte d'enveloppe (Budget voté par le parlement respecté).

1.2 Le système de financement des établissements publics de santé avant 2004

Face à une situation économique et budgétaire difficile en France à cette période, les pouvoirs publics de l'époque ont décidé de mettre en place un nouveau système de financement des établissements de santé devant favoriser une meilleure maîtrise du poste hospitalisation de l'assurance maladie.

En effet jusque-là, les établissements étaient financés au prix de journée. La rémunération au prix de journée si l'activité était supérieure à la prévision des

dépenses plaçait les pouvoirs publics dans une incertitude budgétaire inflationniste.

Le prix de journée était un coût moyen calculé chaque année pour l'année à venir, par un ajustement des recettes aux dépenses. Concrètement, l'ensemble des charges était divisé par le nombre de journées d'hospitalisation réalisées et les déficits éventuels faisaient l'objet d'un report sur l'exercice suivant.

La mise en place de la dotation globale de financement avait pour objectif de figer les recettes pour les hôpitaux et les dépenses pour l'assurance maladie.

La dotation globale de fonctionnement se déterminait pour les établissements à partir d'une base budgétaire encadrée par une progression annuelle et à laquelle on déduisait les recettes en atténuation des établissements (Tickets modérateurs, Forfaits Journaliers). Celle-ci était versée mensuellement de façon fixe aux établissements assurant le service public hospitalier. Cette enveloppe représentant 90% des recettes d'exploitation, cela permettait à l'assurance maladie de présenter des dépenses certaines, limiter les variations dans un objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Par l'intermédiaire d'un système de caisse pivot le paiement des recettes est assuré aux établissements puis un système de péréquation permet d'assurer la ventilation entre caisses.

La DDASS était chargée de négocier la progression annuelle encadrée sur la base d'une instruction ministérielle chargée de réguler la progression des dépenses.

La dotation globale de fonctionnement avait institué un mode de financement basé sur une allocation stable et régulière sur la base du budget de l'année précédente. A sa mise en place, il s'agira d'une réplique du budget 1983 augmenté d'un taux national. Les dotations aux amortissements des établissements étant intégrées dans le prix de journée de l'ancien système de financement, son appropriation pour déterminer la dotation globale de

financement engendra un système inéquitable pour les établissements. Le budget global qui avait entre autres pour vocation à égaliser les budgets par établissements en les abondant ou les réduisant a figé les inégalités de départ et les a creusées (évolution démographique, + activités + situation financière précaire).

La mise en place de la dotation globale de fonctionnement s'accompagna de la réforme de la gestion interne des établissements avec la déconcentration, la création des centres de responsabilité afin de développer une gestion plus fine, plus rigoureuse des établissements.

En résumé, la dotation globale de fonctionnement destinée aux hôpitaux publics et à ceux participant au service public hospitalier a été développée selon 3 axes :

- l'adoption d'une logique budgétaire : Encadrement des dépenses par un taux directeur, prise en compte des recettes complémentaires, calcul de la Dotation Globale de Financement à la charge de la SS,
- la remise à plat des bases budgétaires,
- la réforme de la gestion interne : les Centres de Responsabilité.

En termes de pilotage financier, la dotation globale de fonctionnement pouvait être considérée comme une garantie de ressources permettant d'avoir une visibilité importante sur la trésorerie et le pilotage de l'établissement. Son versement mensuel à raison de 1/12^{ème} de l'enveloppe annuelle, déterminé pour l'établissement offre une garantie de recettes à faire coïncider pour les directions au fonctionnement de leur établissement.

Comme vu précédemment, la dotation globale de fonctionnement est héritée dans sa détermination du précédent système. Le prix de journée de l'année 1983 a servi de référence pour déterminer le montant alloué à chaque établissement sur la base des coûts et de l'activité des établissements au cours de cet exercice. Le prix de journée de 1983 pouvant être plus ou moins

avantageux selon sa situation en termes d'investissement supporté, à prévoir ou selon un bassin démographique en plein essor ou déclinant. Associé à un taux directeur standardisé, ces disparités ont persisté ou se sont amplifiées ou inversées sous le nouveau régime budgétaire.

De plus le caractère limitatif de ce mode de financement fait qu'il ne prend pas en compte les coûts réels de prise en charge créant autant de coûts que d'établissements. Or, ces coûts peuvent augmenter au gré des évolutions technologiques, aux besoins de modernisation en équipements des structures. Cette limitation des budgets ne laissait pas la possibilité de les abonder pour financer un équipement, stimuler une activité et répondre à un besoin en santé d'une population. On imagine que l'effet pervers de ce système pouvait être de reporter l'activité vers d'autres acteurs du système de santé pour limiter son activité et ne pas générer des charges trop importantes.

1.3 La Tarification à l'Activité (T2A)

Introduite en 2004, la T2A a pour principe modificateur d'instaurer le financement des établissements de santé au prorata de leur activité. Elle vise à rémunérer les prises en charge MCO avec ou sans hébergement. Il s'agit donc à la fois des hospitalisations (complètes et incomplètes) et des consultations externes.

Le paiement au séjour selon la T2A a nécessité la création des groupes homogènes de malades (GHM) et des groupes homogènes de séjours (GHS). La création des GHM a pour objectif de définir les produits hospitaliers, tarifs nationaux propres à chacun des deux secteurs (public et privé) qui appliqués à l'activité, serviront à déterminer le « chiffre d'affaires » des établissements.

Certaines activités et prises en charge se prêtant moins à de la tarification à l'acte, des compléments de financements forfaitaires viennent compléter le dispositif : forfaits annuels (urgences, greffes), dotations rémunérant la participation à des missions d'intérêt général ou l'aide à la contractualisation (MIGAC), le paiement de produits de santé en sus (Médicaments, DMI).

1.3.1 Le PMSI et les GHM

Le PMSI a été introduit en France dans le milieu des années 80 par Jean de Kervasdoué, alors responsable de la Direction des Hôpitaux. D'abord présenté comme un outil épidémiologique, sa vocation d'outil d'allocation budgétaire n'a été prégnante qu'avec la T2A.

Le PMSI aura mis plus de 10 ans pour être généralisé sur les hôpitaux. Une réticence des responsables d'établissements de soins à dévoiler leur activité, une certaine défiance et une crainte d'utiliser un outil encore mal maîtrisé sont probablement à l'origine de ce retard.

Le PMSI est le système qui permet une mesure médicalisée de la production hospitalière française, et l'adaptation de la rémunération des hôpitaux et des cliniques à ce produit. Il repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades, qui est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG) élaborée par l'équipe du Professeur Robert Fetter (Université de Yale, Etats-Unis). Elle permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes médical et économique.

Les GHM répondent à un cahier des charges initial :

- Chaque groupe vise à être médicalement et économiquement homogène. Par le biais de nomenclatures, une classification simplifiée des séjours est recherchée avec une finalité économique. Le GHM n'a pas de sens médical ou soignant, il a une vocation « gestionnaire ».
- Notion d'exclusivité et d'exhaustivité. Un seul et même groupe doit s'appliquer pour tous séjours et pour tout le séjour.
- L'homogénéité s'apprécie selon des moyennes de coûts constatées sur le territoire sur la base de comptabilité analytique. Le coût moyen

respecte un écart type fixé selon un certain seuil, pas trop dispersé par rapport à la moyenne.

- Les GHM prennent en compte la technique (plusieurs tarifs par type d'accouchement par ex).

Le PMSI avec la T2A implique un accès et une appropriation par les gestionnaires à travers le système d'information de gestion, des informations médicales dans le respect de la préservation du secret médical.

Avec le PMSI, le système d'information se situe entre les producteurs et les décideurs, entre les services de soins et la direction des établissements de santé, les informations médicales sont captées et produites dans et par le système d'information.

Pour extraire de l'information, un résumé du séjour est produit à la sortie, contenant les informations médicales pertinentes au regard de la finalité de classement du patient dans un GHM. Le résumé de sortie standardisé contient des données sur le patient, des données de mouvement et des données de diagnostic et actes pratiqués.

Le diagnostic principal justifie l'hospitalisation, déterminé à la sortie du patient, il correspond à la prise en charge qui a motivée l'hospitalisation du patient. Les diagnostics associés significatifs correspondent aux affections, symptômes, maladies chroniques ou tout évènement intercurrent qui ont alourdis la prise en charge.

Au diagnostic principal et aux diagnostics reliés s'associent des données recensant les actes lourds, les actes invasifs réalisés, des données de gravité dans les unités de réanimation ou le nombre de séances effectuées.

A partir de ces informations et selon un algorithme appliqué par le logiciel groupeur lisant les informations, est générée une racine codée sur 5 caractères (ex 05k06) classé en niveau (ambulatoire, 1, 2, 3,4).

Cette racine reprenant les informations suivantes :

- Diagnostic principal (cardiologie, neurologie, digestif),
- Codes actes (Chirurgie, médecine, ...),
- Age,
- Diagnostic associé et relié,
- Mode de sortie.

Un GHM correspond à un GHS sauf quelques exceptions. Par exemple, un GHM soins palliatifs pris en charge dans unité de soins palliatifs ou dans une unité banalisée (2 GHS).

1.3.2 Les autres financements complémentaires à la T2A

En plus des tarifs par séjours, les établissements bénéficient de tarifs par prestations et de paiement supplémentaires venant les compléter pour les activités ou prises en charge se prêtant moins à de la tarification à l'acte.

Ces financements complémentaires peuvent correspondre pour les établissements de santé à leur participation à :

- Des missions d'intérêt général, de services publics spécifiques (SAMU, SMUR) induisant des surcoûts. Les notions de permanence ou des missions de formation ou de recherche clinique sont ainsi pris en compte (formation des internes, examens supplémentaires de recherche clinique...),
- A la mise en œuvre des politiques publiques : par exemple des établissements ou des membres de leurs personnels peuvent participer à titre de support à des missions de coopération dans des pays étrangers pour participer à la modernisation de leurs établissements de santé.

- A des activités de soins au profit de populations spécifiques. Nous pouvons citer à titre d'exemples les détenus ou d'autres populations précaires.
- A des financements provenant des suites de la contractualisation effectués avec les tutelles. Par exemple, certains objectifs du CPOM, contrat de retour à l'équilibre, plan de retour à l'équilibre ...
- A la tenue des services d'urgences et des activités de prélèvements d'organes pour lesquels l'obligation de permanence au profit de la population génère des frais fixes importants. Leur financement se fait par le biais de forfaits.
- A la refacturation des médicaments coûteux et des dispositifs médicaux implantables. Auparavant, cela s'appliquait uniquement au profit des cliniques privées avec un système de marge.
- A des prix de journée facturables en supplément, pour des services de réanimation, soins intensifs pour des séjours atypiques aux durées de séjours exceptionnellement longues.

1.3.3 Une rémunération indexée en partie sur l'activité des établissements

L'ensemble des tarifs est déterminé et mis à jour annuellement au niveau national et corrigé par un coefficient géographique, pour tenir compte des surcoûts structurels selon la localisation de l'établissement. La saisie des éléments dans le PMSI et le contrôle de la valorisation par le DIM devient donc un élément fondamental dans le recouvrement et l'optimisation des recettes de l'établissement.

Auparavant les établissements n'assuraient qu'une fonction d'enregistrement administratif et de facturation de la part complémentaire (séjours et consultations externes). Avec la T2A, ils gèrent aussi la facturation de la part assurance maladie sans possibilité de compensation dans le dialogue avec les tutelles, comme cela était le cas auparavant, sous le régime de la dotation générale de fonctionnement.

D'un mode de financement rétrospectif basé des coûts de l'établissement avec autant de prix que d'établissements et des prix pas forcément égaux aux coûts, la T2A implique un passage au paiement prospectif. Le financement devient déconnecté des coûts spécifiques de l'établissement, il tend à une cohérence avec les coûts moyens du secteur en intégrant une notion de marché où les coûts sont inscrits dans un environnement concurrentiel. Ce système a pour vocation à inciter à la maîtrise des coûts et à rendre les établissements vertueux dans la gestion des fonds publics, là où le caractère limitatif de la dotation globale de financement incitait à plafonner l'activité selon les crédits disponibles pour l'exercice.

L'introduction de cette logique financière a induit également la mise en place du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique comme base de dialogue avec les services de soins pour arbitrer les choix institutionnels. La comptabilité analytique, comptabilité par destination, a permis de confronter les charges liées à son activité, aux ressources financières générées par sa production. Mes coûts de production sont-ils compatibles avec les tarifs fixés, avec l'argent dont je dispose ? De combien d'argent je dispose.

Enfin l'autonomie financière a permis de responsabiliser davantage les établissements qui doivent plus rendre compte sur leurs choix stratégiques et les résultats obtenus que sur la simple gestion de fonds publics attribués. Les indicateurs d'activité permettent d'objectiver la situation financière de l'établissement selon les orientations de son offre médicale, ses choix stratégiques, son mode de gestion, sa logique d'investissement. Le *new public management* appliqué dans ce cadre est présenté comme la recette permettant de calquer le management du secteur public sur les impératifs de rentabilité et d'efficience.

1.3.4 L'EPRD, un complément à la gouvernance des établissements de santé

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a consacré le remplacement du budget par l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). L'EPRD s'est substitué au budget à partir du 1er janvier 2006. Le décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, modifié par le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007

L'EPRD s'applique aux établissements publics de santé, aux établissements privés d'intérêt collectif, et aux centres de lutte contre le cancer.

La particularité de l'EPRD par rapport au budget est qu'il est un instrument de prévision budgétaire mais aussi financière : il y a une disparition du cloisonnement apparent qui existait jusque-là entre exploitation et investissement. Désormais, il y a un impact de l'exploitation et de l'investissement sur la trésorerie. Le décret du 30 novembre 2005 prescrit que l'EPRD d'un l'établissement public de santé est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles. Il détermine les recettes prévisionnelles (article R. 6145-10 du Code de la santé publique, modifié par le décret n° 2010-425 du 29 avril 2010).

Un pilotage de l'EPRD par les recettes. Désormais, ce sont les recettes qui déterminent les dépenses qu'il est possible d'engager et, par voie de conséquence, le niveau des moyens qu'il est possible d'acquérir ou de mettre en œuvre à l'appui de l'activité.

Le résultat de l'exercice ne pouvant à lui seul éclairer sur la situation de l'établissement, le calcul de la capacité d'autofinancement (CAF), le tableau de financement et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) complètent l'EPRD.

Le calcul de la CAF consiste à neutraliser certaines charges et certains produits du résultat de l'exercice, afin que l'impact direct de l'exploitation sur la trésorerie soit mis en évidence. La Capacité d'Autofinancement (CAF) est un ratio qui évalue les ressources générées par le cycle d'exploitation de l'entreprise et permettant d'assurer son autofinancement. De manière simplifiée, la CAF est l'excédent / la richesse qui découle de la différence entre ses encaissements et ses décaissements nécessaires pour faire tourner son activité.

Les emprunts visant à investir s'échelonnant sur plusieurs années, il convient donc de projeter leurs effets sur plusieurs années pour s'assurer de leur soutenabilité dans le temps. C'est pour cela que l'EPRD est complété par un plan global de financement pluriannuel (PGFP), document pluriannuel d'une logique prospective devant rendre visible les effets des investissements et de leurs amortissements sur la trésorerie de l'établissement.

“L'EPRD introduit dans la gestion hospitalière un outil à la fois budgétaire et financier qui permet d'identifier dès la prévision budgétaire les incidences financières des choix de gestion en faisant apparaître leurs conséquences en termes d'autofinancement potentiel et en plaçant la gestion dans une perspective pluriannuelle. “ GROLIER, DOUSSOT-LAYNAUD, PEYRET, EPRD gestion budgétaire et comptable 2009.

Très loin du mode de fonctionnement de la DGF où les chefs d'établissements devaient contenir les dépenses dans le respect de la dotation allouée, l'EPRD et le PGFP les placent dans une logique de gestionnaire ou leurs choix deviennent très stratégiques. La politique d'investissement doit prendre la juste mesure de la capacité d'un établissement à maintenir une trésorerie (et donc une activité et un niveau de rémunération de son activité) compatible avec sa trésorerie pour assurer son exploitation et soutenir les choix en matière d'investissement.

Ces éléments venant fixer le fonctionnement des établissements les placent dans une logique d'analyse financière pour assurer l'exploitation et les choix en matière d'investissement. Un retraitement du bilan comptable en bilan financier

permettant de déterminer le fond de roulement. Il s'obtient en retranchant le total des "emplois" stables au total des "ressources" stables. Positif, il s'agit d'un excédent de financement qui permet d'alimenter la trésorerie pour alimenter le cycle d'exploitation. De même, le bilan financier permet de déterminer le besoin en fond de roulement pour un établissement. Il correspond au niveau des fonds nécessaires ou générés pour faire face à l'éventuel décalage entre le recouvrement des créances et le paiement des dettes.

Enfin, pour évaluer la trésorerie d'un établissement, il convient de retrancher le BFR au FR. Lorsque le FR est supérieur au BFR, la différence entre les deux constitue une trésorerie positive. Dans le cas inverse, elle est négative. Le pilotage d'un établissement dans ce cadre pose donc la question du niveau de trésorerie à maintenir ou à atteindre et impose des choix de gestion visant à optimiser ces indicateurs et la gestion des finances de l'établissement.

Comme vu précédemment, sachant que le BFR est lié au recouvrement et que FIDES-Séjours modifie la dynamique de recouvrement, le management financier des établissements s'en vient modifier.

1.3.5 Le constat des effets du système T2A

Dès 2012 un rapport de l'inspection générale des finances « Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé » (Anne BRUANT-BISSON, Paul CASTEL, Maurice-Pierre PANEL Membres de l'Inspection générale des affaires sociales) dresse le constat que le principe de la T2A en tant que système d'allocation des ressources n'est pas à remettre en cause mais les modalités de son application, la complexité du système, la confusion des objectifs qui lui sont assignés, le manque de lisibilité qui en découle tout comme son instabilité font en revanche l'objet de critiques car ils handicapent la construction d'un management quotidien comme prospectif sur la base du constat suivant :

- Dans les établissements de santé, la T2A est perçue comme un levier de la performance. Dans les hôpitaux publics en particulier, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts.
- Le codage et la facturation des actes ont acquis une dimension stratégique et les établissements se sont dans l'ensemble organisés pour tenir compte de cette situation. Le rôle et le positionnement du département d'information médicale (DIM) ont été renforcés, il est désormais impliqué dans la saisie, la valorisation et le contrôle du codage, mais aussi dans les analyses médico-économiques préalables à des réorganisations ou à l'élaboration de nouveaux projets
- La T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés, notamment dans le secteur public. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouvelles compétences autour du contrôle de gestion.
- La T2A a ainsi contribué à une accélération de la contractualisation avec les pôles et introduit plus de lisibilité dans le processus de décision au sein des établissements, en favorisant une implication plus grande du corps médical dans le management. Toutefois, un décalage demeure entre ceux qui maîtrisent les mécanismes de la T2A, membres du directoire, chefs et cadres de pôles, médecins DIM d'une part, et les autres praticiens hospitaliers ou personnels soignants d'autre part.
- L'évolution de la relation entre direction et communauté médicale reste à consolider face à la crainte toujours présente d'une approche trop financière des questions d'organisation de l'établissement. La T2A pose en effet de manière nouvelle la question du management de l'activité médicale. Les équipes médicales et soignantes, confrontées à la question du management des activités « non rentables », ont parfois le sentiment que les « bonnes pratiques » ne sont pas valorisées. Une trop grande pression financière ferait peser un risque sur la qualité de la prise en charge des patients.

- Si la T2A fait évoluer le management interne des établissements, son impact est limité sur la définition de la stratégie d’offre de soins, tant à l’échelle des établissements de santé qu’au niveau régional. Tout d’abord, la communauté hospitalière perçoit la T2A comme une règle du jeu « ni claire, ni bien comprise » et ce manque de lisibilité nuit à la définition d’une stratégie à moyen terme des établissements.
- Ce manque de lisibilité est imputé au contexte de la réforme. La révélation de la dégradation de la situation financière des établissements publics après le passage à 100% de la T2A, le manque de lisibilité de la procédure d’élaboration des tarifs et de la relation entre tarifs et coûts de production des établissements, le renforcement de la politique de régulation des dépenses ont donné à la T2A l’image d’une réforme essentiellement budgétaire et comptable.
- L’instabilité du modèle tarifaire, qui revêt deux formes, l’évolution du périmètre des groupes homogènes de malades (GHM) et celle de la valeur des tarifs, est ressentie comme un handicap supplémentaire pour définir une stratégie claire.
- La T2A impose également un renouvellement de la réflexion stratégique sur la politique d’investissement. Ceci est très net pour les établissements qui souhaitent en priorité investir pour se restructurer et être plus efficaces (concevoir des opérations « rentables » au regard de la T2A).
- Ce manque de lisibilité, réel ou ressenti, du modèle T2A est considéré comme un frein au management et à la définition d’une stratégie de développement à moyen terme. Les établissements publics soulèvent des difficultés pour élaborer les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP).
- Par ailleurs, la meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l’activité médicale obtenus avec l’instauration de la T2A n’a pas

conduit à ce jour, à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements.

- L’instauration de la T2A coïncide avec une augmentation du volume d’activité, dont l’optimisation du codage est une des causes puisque les établissements rendent mieux compte de leurs activités.
- La T2A favorise également des évolutions ciblées sur des pratiques et des organisations médicales. Sur ce point, le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) est l’impact le plus fréquemment cité et des réductions sont constatées dans le public et le privé. La T2A incite aussi les établissements publics à développer certaines pratiques, dont la chirurgie ambulatoire est un des exemples les plus nets.
- Mais au total, l’impact de la T2A reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale. Si l’effort de refonte des organisations s’est accéléré, il est davantage porté, dans le secteur public, par les gestionnaires et le directoire que par les responsables de pôles ou les chefs de services.

1.3.6 Les pistes d’évolution des systèmes de financement.

Dans le rapport rendu « Ma santé 2022 », A. Buzin fixe les orientations toujours valides pour compléter, amender la T2A sur la base de grands courants de pensée scientifique internationale.

La question de qualité interpellant les pouvoirs publics par le biais de l’opinion publique, le paiement à l’activité n’induit-il pas une incitation trop puissante favorisant l’efficacité au dépend de la qualité ? Pour corriger le financement à l’activité, des systèmes incitatifs à la qualité basés sur le courant international du paiement à la performance, terme de la littérature internationale à traduire par “financement à la qualité” se développent dans les pays de l’OCDE

Ce qui devrait émerger :

- Incitation à la qualité.

En France, déjà des démarches d'incitation à la qualité telles que le ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) pour la médecine de ville ou l'IFAQ (incitation financière à la qualité) à l'hôpital ont été mises en place. Ces moyens incitatifs à la qualité sont des compléments de rémunération pour les professionnels et les établissements. Leur attribution est conditionnée par la satisfaction d'objectifs, de bonnes pratiques ou la bonne position, la bonne progression dans un classement basé sur la satisfaction d'indicateurs qualité.

- Incitation à la coopération entre les professionnels

La prise en charge des pathologies chroniques correspond aux prises en charge les plus onéreuses pour la nation (60% des dépenses de santé, 15 millions de personnes). Dans le cadre de leurs parcours les patients concernés ont des contacts répétés avec le système de santé mais avec des acteurs différents. La médecine de parcours consiste à coordonner la succession d'interventions. Le mode de financement actuel n'est pas adapté à la coopération et peut engendrer un frein. Pour les établissements et les professionnels, à l'heure actuelle, confier une partie de la prise en charge de sa patientèle à des confrères ou d'autres structures correspond à une perte de chiffre d'affaires. Paiement de l'épisode de soins, paiement au parcours, paiement populationnel.

Pour contrecarrer ce constat, les paiements liés ont pour objectifs de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense. Lier le paiement correspond à grouper le paiement à plusieurs professionnels pour une même prise en charge. Ex : Hospitalisation puis rééducation à domicile. Paiement global hôpital + kiné.

Le fondement théorique de ces modes de rémunération est le paiement à la valeur développé par Mickael Porter à travers ses travaux sur le « Value base payment ». La valeur dans ce cadre correspond au résultat bénéfique pour le patient, au résultat optimum obtenu au minimum de coût. La valeur est déterminée par le patient lui-même, selon son point de vue, selon le concept de l'empowerment. La participation du patient à ses soins et surtout son implication dans son projet de vie, ont pour but de favoriser la réflexion sur son encadrement, principalement dans les maladies chroniques, pour faciliter sa sortie d'hospitalisation et son autonomisation.

Quelques exemples de paiement lié :

- Paiement à l'épisode, l'épisode est défini dans le temps, il est possible de définir le début et la fin de la prise en charge (par exemple, prothèse de hanche, chirurgie bariatrique, orthochoice en Suède...).
- Paiement au parcours, c'est l'ensemble des soins liés à la pathologie pendant une période donnée (par exemple, insuffisance rénale, psychiatrie, ...). Prise en charge sans notion de fin, chronicité.
- Paiement fondé sur la population du territoire dont les professionnels de santé ont la charge. L'objectif partagé est le maintien en bonne santé de la population et non pas la réalisation de prise en charge. En pratique, un mécanisme de partage des gains est établi dès lors que le coût total des prises en charge est inférieur à un budget de référence. Les professionnels de santé bénéficient d'un intéressement économique à partir du moment où les objectifs sont atteints.

En France, le rapport de la Task force Aubert propose un modèle de paiement mixte, combinant plusieurs systèmes de financement. Partant du constat qu'il n'y a pas un système qui ne cumule que des avantages, l'idée est de privilégier la combinaison de plusieurs systèmes de financement et à travers ces modes de financement d'agir sur les pratiques professionnelles de façon plus ciblée.

Propositions Aubert :

- Financement à la qualité. 1. Développement de l'ampleur d'IFAQ. 2-3% des recettes des établissements. 2. Systèmes de malus, pour les plus mauvais, financement négatif, pénalité. 3. Réduction du nombre d'indicateurs par activité, simplification versus précision, compromis à trouver. 4. Intégration des complications et réadmissions dans le tarif. Raccourcissement des DMS abusives entraînant des réadmissions.
- Paiement lié, au suivi, à la séquence. (Parcours / épisode). Il consisterait à la mise en place de forfait de suivi pour les pathologies chroniques avec l'idée d'un versement global, multi acteurs, versé par période.
- Faire évoluer le paiement à l'activité. Fonder les tarifs sur les coûts des pratiques de référence et non pas sur les pratiques moyennes. Possible sur les GHM homogènes et non pas sur les plus génériques. Best practice tarif (GB). Peut-être plus ou moins cher que la moyenne. Evaluer, déterminer la pratique de référence.
- Rapport Aubert, objectif de trajectoire, orientation T2A 63% à l'heure actuelle, passage à 50%. Multiplication des autres sources de financement des établissements.
- Pas de projet de paiement populationnel tel que décrit dans le modèle américain.

1.4 La facturation individuelle des établissements de santé

Après avoir été expérimentée avec succès entre 2011 et janvier 2015, la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est généralisée en métropole pour les actes et consultations externes (ACE).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 confirme en son article 65 le déploiement du versant séjours au plus tard au 1er mars 2022.

FIDES

La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, mettant en œuvre la tarification à l'activité (T2A), a affirmé le principe de la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire et a instauré, pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif) un dispositif transitoire et dérogatoire sous forme de valorisation par les agences régionales de santé (ARS) sur proposition de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Initialement prévue jusqu'au 1^{er} mars 2008, la fin de cette dérogation a été repoussée par les LFSS 2009 article 54, LFSS 2014 article 45 et LFSS 2018 article 65 pour être actuellement fixée au 1^{er} mars 2016 s'agissant des actes et consultations externe (ACE) et au 1^{er} mars 2022 s'agissant des séjours hospitaliers.

Le projet FIDES de facturation individuelle des établissements de santé, lancé en 2009, concerne dans un premier temps les activités MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) dans leurs composantes d'actes et consultations externes (ACE) et séjours.

Des enjeux multiples :

Le premier concerne la maîtrise médicalisée des dépenses de santé : la facturation individuelle et directe à l'assurance maladie obligatoire (AMO) donne accès au fil de l'eau à cette dernière aux données détaillées et fiables des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à but non lucratif, comme elle le fait déjà pour les établissements privés à but lucratif, garantissant la mise en œuvre pour l'ensemble des prestations hospitalières d'un environnement homogène de contrôle a priori des sommes dues, conformément au 2^o élément de la partie C. du point V. de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Alors que s'engagent les travaux visant à prendre en compte les parcours des patients et la qualité de leurs prises en charge dans la rémunération des acteurs du système de santé, il s'agit également d'une évolution indispensable au décloisonnement des modèles de financement actuels et à la mise en place de dispositifs organisationnels innovants, qui nécessitent que tous les acteurs de l'offre de soins, hospitaliers comme libéraux, disposent d'un environnement de facturation unifié vis-à-vis de l'Assurance maladie.

Les outils déployés dans le cadre de FIDES permettent aux hôpitaux d'adopter vis-à-vis de l'Assurance maladie obligatoire les mêmes conditions et modalités de facturation individuelle en temps réel que celles qui seront déployées vis-à-vis des organismes complémentaires (AMC) dans le cadre de la généralisation à venir (2018-2020) du projet de dématérialisation des flux de facturation du reste à charge des assurés (projet ROC), et de bénéficier de la garantie de paiement des AMC dès la sortie du patient de l'hôpital.

Il s'agit enfin et principalement pour les établissements de santé de renforcer la politique d'assurance qualité de production des données médico économiques, dont la traçabilité est nécessaire à l'évaluation du cycle des recettes par la certification des comptes, et plus globalement le pilotage des recettes directes des établissements, en fiabilisant et supervisant le processus de production des factures à destination de l'AMO, des AMC et des patients dans le cadre du programme SIMPHONIE.

FIDES Séjours : de l'expérimentation au déploiement

- Un premier établissement en production depuis 2013 :

Le CH de Wallerstein, établissement à but non lucratif aquitain, est passé en production le 1^{er} novembre 2013. Son retour d'expérience confirme la faisabilité d'une facturation directe des séjours, dans un contexte dont il faut souligner le caractère non représentatif, en particulier des établissements publics de santé (EPS).

- La LFSS pour 2018 confirme le déploiement de FIDES Séjours :

L'article 65 de la LFSS pour 2018 confirme le « Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes » avec une date butoir fixée au 1er mars 2022.

- Une expérimentation qui se poursuit :

Les travaux de préparation sont plus complexes pour les séjours que pour les actes et consultations externes : le passage d'une logique d'envoi mensuel à une facturation au fil de l'eau nécessite de revisiter les circuits de production de l'information médico économique, et du fonctionnement des logiciels concernés (gestion administrative du patient (GAP), production du PMSI, intégration des fonctionnalités du module de centralisation et d'analyse (MOCA) développement de l'informatique décisionnelle à visée opérationnelle et stratégique).

L'intégration de FIDES au programme SIMPHONIE lui permet de bénéficier de l'ensemble des leviers mis en œuvre pour décloisonner, dématérialiser et fiabiliser les processus de production des données médico économiques :

- Intégration des séjours au pilotage global des recettes en facturation directe (provenant de l'assurance maladie obligatoire (AMO), des assurances maladie complémentaires (AMC), des patients, des prestations inter-établissements, des autres recettes diverses...),
- Déploiement de la consultation automatique des droits à l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du projet CDRi,
- Dématérialisation des échanges avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, tant pour la gestion des droits que pour la facturation (projet ROC),
- Rénovation et simplification des processus et des outils de gestion des données administratives du patient et de la facturation des prestations dont il a bénéficié.

La poursuite de cette phase d'expérimentation s'appuiera dès 2018 sur deux documents mis à la disposition de l'ensemble des établissements :

- Le guide des bonnes pratiques issues des retours d'expérience des établissements pilotes,
- Le bilan de ces impacts sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH).

- Accompagnement du déploiement de FIDES Séjours

Dès 2018 se mettra en place dans le cadre du programme SIMPHONIE un accompagnement métier des établissements de santé pour la sécurisation du recouvrement des recettes, dont celles dépendant de l'AMO. Il s'agit d'apporter au plus près des acteurs un appui tout au long du déploiement de FIDES Séjours, afin en particulier de répondre aux principaux enjeux :

- Exhaustivité de la facturation pour permettre aux établissements de disposer de recettes cohérentes avec l'activité réalisée,
- Optimisation et automatisation des processus permettant des gains d'efficacité pour l'ensemble des acteurs.

Au travers ces évolutions des modalités de financement des établissements publics de santé, nous nous posons la question du management du changement.

2 Le management du changement : revue de littérature

Le changement pourrait se définir comme l'évolution d'une situation A vers une situation B.

2.1 Les formes et typologies du changement

Michel Foudriat définit le changement « comme un processus conduisant à une transformation, plus ou moins profonde, plus ou moins en adéquation aux intentions des acteurs initiateurs, de règles formelles mais aussi de comportements individuels et/ou collectifs caractérisant le fonctionnement socio-organisationnel. De tels processus peuvent être volontaires, dirigés et planifiés ou, au contraire, spontanés et continus. »

Cette définition impose l'analyse des différentes formes de changement ainsi que leurs types.

En 1991, Giroux distinguent les formes du changement en fonction de 3 caractéristiques : l'étendue, la profondeur et le rythme. Dans l'ouvrage *Conduite du changement : concepts clés* (2018), David Autissier, Isabelle Vandangean-Derumez, Alin Vas et Kevis Johnson reprennent cette typologie.

Caractéristiques	Formes du changement	Définitions
Etendue	Globale	Il touche toutes les activités et toutes les unités de l'organisation y compris la direction et vise une modification interne et externe
	Partielle	Il touche une portion de l'organisation et une partie de ses unités. Il préserve la stratégie, la culture et la structure précédentes. Ce type de changement s'avère insuffisant pour modifier la performance de l'organisation et survient suite à la nécessité de la coopération et la coordination entre les groupes mettant en évidence un consensus autour du processus du changement.
Profondeur	Majeure	Il marque une grande différence avec le passé, avec une rupture et une discontinuité apparentes. Il modifie le contenu de la stratégie, les processus, la culture organisationnelle et la performance de l'organisation. Il tient à assurer un nouvel équilibre.
	Marginale	C'est un raffinement de la situation actuelle, du contenu, du processus et de la mission de l'organisation.
Rythme	Lent	Il consiste à une démarche graduelle pour assurer par la suite un nouvel équilibre.
	Rapide	Il s'agit d'un redressement et d'une révolution contre une situation passée.

Tableau 1 : Les formes du changement

Cette analyse permet de positionner le changement et ainsi d'adapter sa mise en place en fonction de sa graduation. En effet, un changement de la stratégie générale de l'entreprise n'aura pas le même impact qu'un changement du logiciel comptable par exemple. En fonction de l'étendue de ce changement, le temps à y consacrer et le nombre de personnes concernées par cette évolution variera et exigera une adaptation. Néanmoins, ces critères restent subjectifs en fonction de la position de chaque parties prenantes dans l'entreprise. En effet, si on prend comme exemple le changement du logiciel comptable, l'impact de ce changement ne sera pas le même si on est en position de directeur, de

manager ou d'exécutant du service concerné. En effet, pour le comptable, ce changement sera probablement considéré comme majeur, prendra un temps d'adaptation et mettra en cause tous ces processus de travail. En revanche, pour le directeur, il ne s'agira que d'un changement anecdotique qui sera mis en place dans la journée.

Une autre typologie du changement a été décrite dans cet ouvrage, construite autour de 2 axes qui sont la pérennité du changement (permanent ou exceptionnel) et l'injonction pour non du changement (imposé ou négocié). Il en ressort 4 types de changement d'après les auteurs David Autissier, Isabelle Vandangeon-Derumez, Alain Vas et Kevin Johnson :

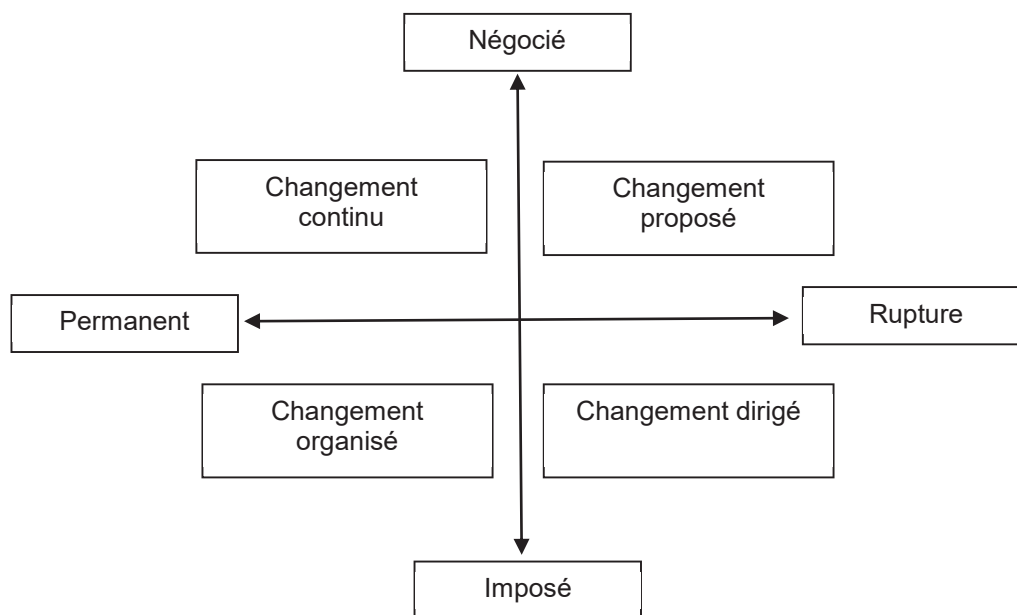


Figure 1 : La matrice des changements

- Le changement continu : Il émerge dans l'organisation de manière non organisée ou après une prise de conscience liée à un évènement interne et/ou externe. L'intérêt pour un projet grandit avec l'envie d'engager des actions en vue de faire « bouger les choses », sans avoir une idée très précise des méthodes, des échéances et des ressources à mobiliser.

- Le changement proposé : il est proposé par la direction en termes de résultats attendus et de planning à respecter. Les acteurs sont libres d'utiliser les méthodes qu'ils veulent et de faire les arbitrages de ressources qu'ils jugent nécessaires. Ils sont libres des modalités pour déployer et réaliser le changement.
- Le changement dirigé : l'impulsion du changement est donnée par la direction de manière injonctive avec une contrainte de réalisation forte et une marge de négociation assez faible. L'état d'urgence est utilisé pour justifier un changement rapide qui privilégie l'action à la discussion et au compromis.
- Le changement organisé : parce que la finalité du changement n'est pas très bien perçue et les objectifs difficiles à quantifier, les acteurs se voient proposer des méthodes de travail et des échéances dans une logique d'expérimentation, qui les amèneront à trouver par eux-mêmes des objectifs par lesquels se réalisera une dynamique de changement.

2.2 Les problématiques théoriques du changement

Michel Foudriat, dans son article *Le changement organisationnel* (2015), réflexions sur les conceptions méthodologiques, pose les principales problématiques théoriques qui sont au nombre de sept :

- La problématique de la pluralité des points de vue : Michel Foudriat reprend l'approche des auteurs Baltanski et Thévenot qui affirment qu'il est possible de recenser des univers de sens qui servent aux personnes pour justifier leurs prétentions à dire ce qui est juste et ce qui ne l'est pas.
- La problématique de la construction des significations du changement : Chaque acteur à partir de l'information générale relative à la présentation d'un changement, aura des réactions en rapport avec ce qu'il aura compris, avec les incertitudes que représente pour lui le changement tel qu'il le perçoit au travers de la communication par l'équipe de direction.

- La problématique de la complexité et de l'interdépendance des dimensions du changement : Un changement a pour cause un dysfonctionnement qui serait à corriger. La dimension technique du dysfonctionnement retenue ne peut être la seule retenue et plusieurs dimensions interdépendantes définissent l'ensemble des causes.
- La problématique des jeux de pouvoir : Certains acteurs disposeront de plus d'atouts que d'autres et chercheront alors à en tirer profit en créant une situation de « marchandage » qui leur soit le plus favorable au regard d'enjeux qui leur sont propres.
- La problématique des jeux argumentatifs et de la construction de compromis entre acteurs : Avec leurs ressources et leurs compétences relationnelles, les acteurs cherchent à élaborer des solutions acceptables, c'est-à-dire pas trop insatisfaisantes, pas trop pénalisantes sur le plan des activités qu'ils mènent ou/et qu'ils auront à mener. Le raisonnement ne s'appuie pas sur des critères objectifs de maximisation des gains mais sur des critères de satisfaction. Il reprend les arguments qui défendent ses intérêts.
- La problématique de la recherche de convergence : La démarche de recherche de convergence se trouve prise dans une tension dialectique entre délibération et conflictualité. Le risque de glissement est toujours présent sauf pour les objets qui ne représentent pas un enjeu fort pour les acteurs en présence.
- L'interdépendance entre les problématiques théoriques et la nécessité d'un métissage théorique : Toutes les perspectives sont nécessaires pour comprendre les processus de changement et pour définir des repères fondateurs d'une sociologie d'intervention à visée de changement.

2.3 Les facteurs de résistance au changement et stratégies de changement

Tout changement organisationnel et/ou changement de pratique met les acteurs en position d'incertitude voire même d'inconfort. Il en résulte une résistance au changement. Richard Soparnot (2013) dénombre six facteurs de résistance au changement dans l'article « les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus ».

Facteurs de résistance au changement	Caractéristiques
Anxiété (résistance psychologique)	Le changement est un puissant « stresser » qui provoque un état de déséquilibre psychologique
Relation à l'entreprise (résistance identitaire)	Le changement provoque une remise en cause de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation
Jeux de pouvoir (résistance politique)	Le changement est une menace lorsqu'il met en cause les conditions de jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action
Influence du groupe (résistance collective)	Le changement peut briser l'équilibre créé par les normes de groupes
Culture d'entreprise (résistance culturelle)	Le changement peut véhiculer des valeurs qui divergent avec celles de l'organisation
Connaissances et compétences des individus (résistance cognitive)	Le changement impose l'apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles

Tableau 2 : Les facteurs et caractéristiques de la résistance au changement

Pour mener à bien le changement, le manager doit identifier ces facteurs qui résultent des comportements des acteurs qui « subissent » le changement. Lui-même peut être concerné par ces facteurs. Il est donc nécessaire de mettre en place des stratégies de changement afin de mener à bien le projet. Richard Soparnot en dénombre cinq :

Stratégies de changement	Caractéristiques
Stratégie hiérarchique	Démarche de changement imposé et planifié
Stratégie de développement organisationnel	Démarche centrée sur la perception du changement par les acteurs concernés
Stratégie politique	Démarche de changement négocié
Stratégie historique	Démarche de changement incrémentielle
Stratégie symbolique	Démarche centrée sur les représentations associées au changement

Tableau 3 : Les stratégies du changement

Dans son article, Richard Soparnot conclut que les stratégies de changement étudiées semblent exercer une influence qui varie selon les facteurs de résistance.

2.4 L'apprentissage organisationnel

Pour faire face aux changements et aux contraintes de ces changements, le manager peut s'appuyer sur l'apprentissage organisationnel. Gérard Koenig (1994) définit l'apprentissage organisationnel comme un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes. D'après Gérard Koenig, l'apprentissage organisationnel s'articule autour de 5 points :

- Un phénomène collectif : l'apprentissage organisationnel peut s'opérer soit par la circulation des idées ou les diffusions des pratiques constitutives de compétences nouvelles, soit par la création de relations entre des compétences préexistantes.
- Les voies de l'apprentissage : il existe plusieurs manières pour une organisation d'acquérir des compétences. Celles-ci peuvent être

« innées », avoir été importées ou s'être développées dans le cours même de l'activité.

- La portée de l'apprentissage : si l'on accepte l'idée que tout apprentissage repose sur des séquences « essai-et-erreur », il est possible d'ordonner les processus d'apprentissage selon une hiérarchie des types d'erreurs qui sont à corriger au travers de l'apprentissage.
- Les lieux et temps de l'apprentissage : ces lieux se divisent en quatre grandes catégories : les mémoires individuelles, les systèmes d'archivage, les procédés d'exécution et les structures. Le temps de l'apprentissage se divise en deux grandes catégories : le « système expert » (le titulaire du poste forme le remplaçant) et le frayage relationnel (le fait d'activer un petit nombre de relations dans l'organisation).
- Une transformation des pratiques : l'apprentissage relatif aux expériences doit s'effectuer pour partie en temps réel.

Quel que soit le type de changement ou que la source du changement soit interne ou externe, les managers de première ligne sont les premiers confrontés à ces problématiques pour faire « appliquer » les évolutions demandées. Néanmoins, ils sont eux-mêmes confrontés aux changements et de ce fait adoptent des stratégies et des comportements liés à ces situations.

2.5 L'appropriation du changement

David Autissier et Isabelle Vandangeon-Derumez (2007) étudient les comportements des managers de première ligne face au changement. Ils mettent en évidence une typologie des comportements réels des managers de première ligne qui montre des écarts entre les différents rôles théoriques de ces acteurs qui sont confrontés à la fois aux obligations de production et, à la fois, aux obligations de management des équipes opérantes. Selon les auteurs, dans le cadre d'un changement imposé, la position des managers de première ligne dans la ligne hiérarchique les contraignent à devoir vendre le projet aux

opérationnels, le faire appliquer tout en rendant des comptes sur l'optimisation du changement en fin de processus. Alors que dans le cadre d'un changement participatif, ils sont acteurs à part entière du changement.

L'étude des managers de première ligne révèle quatre typologies de comportement :

- Les légitimistes qui obéissent à leur hiérarchie ou à l'entité qu'ils jugent légitime.
- Les négociateurs qui veulent appliquer le changement en faisant valoir leurs spécificités organisationnelles, culturelles et opérationnelles et qui réclament des conditions particulières.
- Les indifférents qui ne veulent pas s'investir par absence de croyance, par stratégie de retrait ou bien par manque de temps pour traiter le projet.
- Les contestataires qui prennent une posture d'opposition systématique de manière justifiée ou non et rentrent dans un jeu de revendications.

En fonction de l'avancement du projet, ces comportements débouchent sur une matrice de positionnement comportemental composée de quatre processus :

- Le processus de référencement vise à construire une représentation de ce qu'est le projet à travers la lisibilité du projet, sa légitimité et sa faisabilité.
- Le processus de positionnement contribue à la construction d'une représentation des attentes de l'entreprise perçues par chaque acteur à travers les attentes de la hiérarchie, du métier et des collègues.
- Le processus de projection alimente la représentation des enjeux du projet tant au niveau individuel que collectif à travers la projection des gains, des transformations et de la reconnaissance.
- Le processus de contribution participe à la construction de la représentation de l'effort demandé par le projet à travers le travail à faire, les ressources disponibles et les marges de manœuvre.

Les auteurs soulignent l'importance de bien connaître les comportements des managers de première ligne de par leur position cruciale dans la chaîne hiérarchique. Ils citent le directeur de la relation client de chez Sanofi-Aventis : « le plus difficile dans la conduite du changement, c'est de faire adhérer les chefs d'équipe, car c'est eux qui vont devoir mobiliser les troupes et faire vivre le changement. »

Au travers de deux études, nous avons tenté de mesurer les effets du même changement et leurs conséquences. Nous avons porté notre étude sur deux centres hospitaliers, dont l'un est universitaire et l'autre pas.

3 Méthodologie

- Sur la sélection des établissements de l'échantillon

Nos deux établissements respectifs ont servi de support d'observation des modalités d'organisation mises en place. Ces deux établissements se sont révélés être à la fois complémentaires par rapport à leurs activités similaires (MCO), leur place d'hôpitaux support au sein de leur GHT respectif. Cette complémentarité s'est révélée également intéressante à travers leurs différences. Une certaine hétérogénéité a permis de constater des fonctionnements, des organisations contrastées. Concrètement leurs tailles différentes, leurs structures géographiques, architecturales et organisationnelles différentes a permis de faire une comparaison éclairante.

- Recherche d'informations

Une enquête à travers un questionnaire a été proposée aux techniciens d'information médicale ainsi que des interviews ont été réalisés dans chaque établissement avec les médecins DIM, l'attaché d'administration en charge de de la facturation, des cadres de santé. Les personnes interviewées étaient enregistrées avec leur accord dans le but de respecter fidèlement leur propos.

- Objectif du mémoire

Un processus correspond à une succession ordonnée d'étapes dont la réalisation conditionne l'atteinte d'un objectif. En l'occurrence, le processus étudié vise à la juste facturation des actes et séjours effectués au sein des services. Dans cette approche, l'étude d'un processus revient pour une large part à analyser des aspects organisationnels liés au déroulement de chaque étape et à étudier leur coordination. Les qualitiens définissent de manière plus large un processus comme un ensemble d'activités de transformation d'éléments entrants en éléments de sortie. Les éléments entrants peuvent être des moyens humains, matériels, des informations ou bien encore des consignes écrites ou orales. Le présent mémoire vise à étudier le processus de facturation

des hôpitaux dans le cadre d'un changement de réglementation qui potentiellement peut interroger sur :

- Les organisations en place,
- La perception des parties prenantes sur les enjeux,
- La perception des parties prenantes sur les risques,
- Les adaptations perçues comme nécessaires pour atteindre les objectifs de fonctionnement fixés par le législateur.

4 Observations et analyse

4.1 Présentation des structures

4.1.1 Le centre hospitalier de Rodez.

Le Centre Hospitalier de Rodez est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Rouergue, dont font partie cinq autres établissements du Nord et de l'Ouest de l'Aveyron : le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue, le Centre Hospitalier de Decazeville, l'Hôpital Intercommunal d'Espalion-Saint Laurent d'Olt, l'Hôpital de Saint Gèniez d'Olt et l'Hôpital Intercommunal du Vallon.

Le Centre Hospitalier de Rodez est par ailleurs en direction commune avec l'Hôpital Intercommunal d'Espalion-Saint Laurent d'Olt, l'Hôpital de Saint Gèniez d'Olt et l'Hôpital Intercommunal du Vallon. Son directeur assure l'intérim du Centre Hospitalier de Decazeville et de l'EHPAD d'Aubin, la demande d'intégration à la direction commune pour ces établissements est en cours d'instruction.

Etablissement de référence sur son territoire situé à deux heures de route du CHU de Toulouse (150km) et à deux heures et quart de route du CHU de Montpellier (170km), le CH de Rodez répond aux besoins de la population de son territoire en matière de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, grâce à un plateau technique complet comprenant notamment une IRM, un scanner, trois salles de radiologie, un mammographe, une salle d'angiographie numérisée, une table de coronarographie, un scanner dédié à la radiothérapie, deux accélérateurs de particules, une gamma caméra et un TEP scan.

Annexe 1 : Organigramme du CH de Rodez

Présentation synthétique de la structure

Le Centre Hospitalier de Rodez est implanté sur plusieurs sites géographiques:

- Site Jacques Puel, Avenue de l'hôpital, 12027 RODEZ ;
- Site des Peyrières, 12510 OLEMPS ;
- Sites de pédopsychiatrie situés à Rodez et Olemps ;

Le Centre Hospitalier de Rodez regroupe des activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de pédopsychiatrie, de moyen-séjour, de long-séjour et d'hébergement, réparties de la manière suivante :

- Nombre total de lits et places dans l'établissement au 1er mai 2020 :
 - Médecine : 300, dont 11 lits de réanimation et surveillance continue,
 - Chirurgie : 76, dont 22 en hospitalisation de jour,
 - Obstétrique : 25 lits de gynécologie obstétrique,
 - SSR : 40,
 - Pédopsychiatrie : 33,
 - EHPAD : 139,
 - USLD : 30.

L'établissement est doté d'un plateau technique complet avec : un bloc opératoire composé de neuf salles, un bloc obstétrical composé de cinq salles de naissance, un bloc de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie, un laboratoire d'anatomocytopathologie, un service de médecine nucléaire, un service de radiothérapie, un service de dialyse et un service d'imagerie.

Il dispose également d'équipements lourds (scanner, IRM, accélérateur de particules avec IGRT, gamma caméra, TEP-TDM).

Le Centre Hospitalier de Rodez dispose d'un laboratoire de biologie médicale au sein duquel la centralisation de l'activité de bactériologie du GHT du

Rouergue est effective depuis le mois de janvier 2021 pour le CH de Villefranche de Rouergue et avril 2021 pour le CH de Decazeville.

4.1.2 Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier est l'établissement de référence de l'ex-région Languedoc Roussillon. Il se décompose en six établissements (La Colombière, Antonin Balmès, Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve, Saint Eloi, Gui de Chauliac et Bellevue) qui regroupe l'ensemble des activités du CHU (MCO, SSR, Psychiatrie, HAD, Long séjour). L'offre de soins est organisée en pôles hospitalo-universitaires au nombre de 11 auxquels s'ajoutent les services des Directions et administrations ainsi que les services logistiques. Le CHU du Montpellier emploie près de 11 000 personnes. L'ensemble du CHU de Montpellier a une capacité de 1 974 lits et 602 places. En 2019, le CHU de Montpellier a réalisé 236 834 hospitalisations tout secteur confondu. En 2019, les recettes du CHU représentent un budget de 941 millions d'euros et les dépenses représentent 943 millions d'euros.

Annexe 2 : Organigramme du CHU de Montpellier.

En outre, le CHU de Montpellier est l'établissement support du GHT Est Hérault Sud Aveyron qui est composé du CHU de Montpellier, des CH de Lunel, CH de Lodève, Hôpitaux du Bassin de Thau, CH de St-Affrique, CH de Millau, CH de Clermont-L'Hérault, CH de Lamalou les Bains et CH de Séverac-Le-Château.

Pour que l'établissement puisse éditer une facture et ainsi être payé pour les soins qu'il a prodigués, deux factures sont éditées. La première est la facture « administrative » et la seconde, la facture « médicale » qui englobe le PMSI. La facture dite administrative est générée par le service de la facturation centrale en lien avec les informations recueillies lors de l'admission du patient. La facture dite médicale est générée à partir des éléments médicaux et paramédicaux recueillis dans le dossier médical une fois le patient sorti. Cette

facture « médicale » est produite par le Département d'Information Médicale (DIM) qui est composé de deux médecins DIM, 19 Techniciennes d'Information Médicale (TIM) et d'une équipe d'ingénieurs hospitaliers pour le traitement des données.

Pour tenter de valoriser au plus près de la réalité les séjours du CHU, les TIM avec l'aide des ingénieurs corrigent une grande partie des erreurs ou approximations générées soit par les opérateurs de soins (actes au bloc opératoire, mouvements entre les unités médicales, suivi de la pharmacie), soit par les interfaces informatiques entre logiciels. De plus, les TIM assurent la totalité du codage PMSI.

A partir de la situation actuelle et du changement du mode de facturation annoncé, nous avons tenté de mesurer l'impact que pourrait avoir ce changement d'une part sur les TIM à travers un questionnaire et d'autre part sur les managers à travers des interviews.

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Analyse des résultats du Centre Hospitalier de Rodez

4.2.1.1 Organisation des pratiques de codage au CH de Rodez

Les entretiens réalisés avec les professionnels, acteurs de ce processus, ont permis dans un premier temps de découvrir et comprendre l'organisation actuelle pour réaliser ce processus. Les échanges, par la suite, ont permis d'appréhender la notion de connaissance, de préparation des acteurs, des organisations et de l'institution. Les professionnels les plus aguerris nous ont partagé leurs points de vue sur les points forts, les points faibles, les adaptations nécessaires à l'organisation face à FIDES.

Le parti pris historique des directions du centre hospitalier avec la mise en place de la T2A et du PMSI, contrairement à d'autres établissements, a été de ne pas les confier aux cliniciens.

Un des interlocuteurs de l'enquête nous a partagé l'analyse de la direction de l'époque qui était de penser que le codage ne faisait pas partie de la culture des médecins et que de leur imposer cette tâche générerait des conflits et une qualité de prestation insuffisante face aux enjeux.

La peur d'une qualité médiocre de codage risquant d'entraîner un préjudice financier pour l'établissement. Celui-ci a fait le choix de professionnaliser le codage des séjours en créant une équipe centralisée de techniciens de l'information médicale au sein d'un département de l'information médicale.

Ces TIM, spécialement formées et dédiées à cette tâche, ont pour mission, à partir des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) des médecins, de coder. Les CRH dont la finalité n'est pas médico économique mais une description des prises en charge cliniques du séjour. Le CRH est la référence permettant de sélectionner les codes appropriés décrivant le séjour et d'établir une hiérarchie entre diagnostic principal, diagnostic relié et diagnostic associé significatif.

L'information médicale codée et hiérarchisée est saisie dans le système d'information (SIH). La solution informatique propose une interface de saisie accompagnée d'un module qualité permettant de vérifier cohérence et qualité des informations saisies. L'information saisie est traitée informatiquement par un algorithme de groupage (le "moteur" de groupage) qui permet de décrire la prise en charge d'un séjour sous la forme d'un Groupe Homogène de Malades. Le médecin DIM ou la cadre TIM intervient à ce stade pour potentiellement optimiser les GHM.

Sur un plan pratique le fonctionnement est différent entre la partie chirurgie et la partie hospitalisation, le bloc opératoire n'étant pas encore à ce jour informatisé. Au bloc opératoire à ce jour le fonctionnement est le suivant : dictée et enregistrement vocal des comptes-rendus par le chirurgien (compte-rendu opératoire), frappe par la secrétaire médicale, transmission du dossier médical physique aux TIM, archivage du dossier physique.

Sur la partie hospitalisation, pour effectuer leur travail de vérification du codage, les TIM travaillent essentiellement sur le dossier patient informatisé tenu à jour par les praticiens et les soignants.

Il en ressort des interviews que les responsables de ce service apprécient le fait d'avoir dans le cadre de cette équipe centralisée un nombre d'interlocuteurs relativement restreint en comparaison à une organisation décentralisée où une centaine de médecins seraient leurs interlocuteurs.

Ces équipes TIM peuvent à leurs yeux être plus facilement formées aux changements de règles de codage.

De plus, il est témoigné que le poids hiérarchique et la légitimité des responsables vis-à-vis des TIM simplifie beaucoup les évolutions à mettre en œuvre.

Le profil des techniciennes d'information médicale est dans une grande majorité des secrétaires médicales avec une longue expérience dans le milieu hospitalier qui ont été « reclassées » sur cette fonction.

La tendance exprimée pour les recrutements futurs et le renouvellement des équipes liés à leur démographie est de recourir à des professionnels dont la formation initiale serait plus en lien avec le métier afin de gagner encore plus en compétence.

Dans ce sens, une cadre diplômée en information médicale a été positionnée récemment aux côtés du médecin DIM. Celle-ci, en plus de son rôle d'encadrement, de formation, d'accompagnement des équipes, a pour mission de soutenir le médecin DIM dans l'optimisation du codage.

L'organisation actuelle produit les dossiers en attente de facturation en moyenne dans un délai de 10 jours à la sortie du patient. Le codage se fait au fil de l'eau selon le processus décrit plus haut sans y revenir dessus ultérieurement.

Le médecin DIM témoigne du fait que l'optimisation, la performance, la fiabilisation d'un processus dans toute démarche qualité résulte de l'objectif que l'on se fixe, des moyens qu'on lui alloue et de la tolérance à la non-qualité, à l'imperfection que l'on peut tolérer.

Pour lui, le processus étant tellement multi-acteur que le niveau de contrôle encadré par le système d'information, son équipe et lui-même semble convenir à la direction mais qu'il ne garantit pas une exhaustivité et une optimisation parfaite.

Produire une information complète est un processus compliqué, les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas toujours exhaustifs, souvent des réflexes sont pris pour investiguer et les compléter.

Des actions de formation, de sensibilisation des praticiens sont effectuées.

De plus, le médecin DIM rajoute que le dossier patient informatisé est un outil facilitateur de recueil d'information médicale, son utilisation est venue cadrer, automatiser, protocoliser le recueil des bonnes informations.

Toutefois, il insiste sur le fait que le contrôle de l'exhaustivité repose sur le travail de son équipe et de lui-même en fin de chaîne avec les risques d'une non-qualité liée aux moyens alloués. Il concède que le contrôle qualité des dossiers et leur optimisation n'est pas réalisé de façon exhaustive mais parfois de façon aléatoire.

Cependant, si FIDES devait être instaurée demain, l'organisation en place, à ses yeux, ne présenterait pas de risque majeur pour le cycle des recettes.

Les interlocuteurs du DIM nous font part que FIDES ne fait pas l'objet d'une gouvernance particulière au sein de l'institution. Les atermoiements sur cette réforme, les reports successifs de son application, les mouvements successifs des directeurs des affaires financières sont les explications les plus plausibles. Le médecin nous témoigne enfin que dans une appréciation de gestion du risque de processus les actions sont, à ce jour, majoritairement primaires (correction et complétude) mais que les actions de corrections secondaires d'amélioration de la qualité par action sur les causes mériteraient d'être développées et approfondies (actions de fond).

4.2.1.2 Organisation des pratiques de facturation au CH de Rodez.

La personne interviewée a la responsabilité de la cellule chargée de l'admission, de la facturation et du traitement du contentieux. Elle est chargée avec ses équipes du processus débutant à l'admission du patient et s'achevant par le travail de recouvrement effectué.

L'objectif du projet FIDES sous cet angle est la rénovation et la simplification des processus et des outils de gestion des données administratives du patient et de la facturation des prestations dont il a bénéficié.

L'accueil médico-administratif du patient fait l'objet à travers le système de gestion administrative de l'établissement pour les admissions de la création d'un résumé d'unité médicale (RUM).

Sa production conditionne l'identification du patient et de ses droits. Le recueil de l'identité du patient et le recueil de ses droits constituent des tâches décisives du processus.

Pour se faire la personne interviewée nous explique qu'il existe des procédures listant les tâches nécessaires à ces recueils : lecture systématique de la carte vitale, la vérification des données d'identité et l'adresse du patient, de ses droits « mutuelle » ainsi que de la bonne mise à jour de ses documents.

De même il existe une procédure formalisée pour traiter les situations où le patient ne peut pas présenter ses papiers.

Une mauvaise identification peut entraîner un risque découlant sur une impossibilité de facturation complète.

La personne interviewée nous explique qu'en quelques années, le travail du bureau des entrées (BDE) a été soumis à des profondes transformations. Depuis la mise en place de la T2A, un mouvement continu de complexification des règles de facturation et de développement des outils numériques a fortement technicisé ces métiers.

Pour elle, la facturation individuelle des établissements de santé ne procède en fait qu'un mouvement supplémentaire dans l'évolution du métier et du processus de facturation. Le programme SIMPHONIE programme global de

numérisation des chaînes de facturation de facturation a déjà introduit différents projets.

A titre d'exemples, sont cités la mise en place du projet FIDES pour les actes et consultations externes (ACE), le projet ROC (remboursement des organismes complémentaires) pour une dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les complémentaires de santé, la consultation des droits intégrés (CDRi) qui automatise l'import des droits d'assurance maladie obligatoire dans les logiciels de gestion administrative de malades.

En outre et dans un registre différent, un nouveau forfait « urgences » inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 est à intégrer très prochainement.

Pour elle, grâce à ce déploiement progressif les établissements ont donc, à ce jour, une certaine expérience de la facturation au fil de l'eau. Tous les jours, des factures sont émises grâce aux processus mis en place.

Malgré cette « expérience » elle est consciente que FIDES Séjours modifiera encore davantage les organisations de travail et les rapports interservices que les projets précédents ont pu faire.

Pour elle, le service de facturation et le DIM devront être davantage rapprochés. A ce jour, les deux services peuvent travailler de manière disjointe, dans la mesure où chacun exploite ses données par des circuits séparés et autonomes. Avec FIDES Séjours, les deux services, pour elle, devront fonctionner de manière synchronisée (un dossier devra être considéré conforme pour le service de facturation et pour le DIM avant d'être adressé à la caisse pivot). Pour elle cette notion est à jour impréparée, l'établissement n'a pas mis en place une gouvernance spécifique pour FIDES Séjours, toutefois elle concède que l'organisation centralisée du DIM sera très facilitante.

Cette notion d'impréparation concerne pour elle aussi l'implication du personnel soignant, le projet FIDES Séjours, ses particularités, les points à risques, les enjeux n'ont pas été partagés au personnel soignant. Des points à sécuriser concernant les médicaments onéreux, les suppléments de réanimation, les dispositifs médicaux implantables.

A ce sujet, elle nous évoque que l'organisation des bureaux des entrées adossés au secrétariat des consultations ou des différents services de l'hôpital est un gros avantage dans la communication et le traitement des informations administratives des patients.

L'architecture de l'hôpital harmonise et généralise la position côte à côte des bureaux des entrées et des secrétariats. Pour elle, la transmission informelle des informations au fil de l'eau des prises de rendez-vous, annulation, mouvement vient compléter avantageusement l'application des procédures de recueil des informations.

Dans les limites actuelles, elle cite également l'architecture des systèmes d'information qui peut se révéler être moins facilitante que celle des bâtiments. L'interfaçage demeurant un point sensible, les liaisons entre les logiciels métiers n'étant pas toujours opérationnelle, des extractions et des traitements « manuels » sont nécessaires avant facturation (par exemple la liaison entre le logiciel de pharmacie et la facturation est un fichier FichCOMP produit par le contrôle de gestion).

En conclusion, elle nous dit que selon son avis et son expérience, les choix organisationnels faits par le passé qui constituent le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital seront relativement facilitateurs dans la synchronisation entre acteurs. Mais cette problématique d'exhaustivité, de qualité des données pose toutefois un vrai questionnement qui lui semble un peu négligé au regard de l'enjeu financier du projet.

4.2.2 Analyse des résultats du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

4.2.2.1 Evaluation de l'impact de FIDES séjours sur les pratiques de codage au CHU de Montpellier

Cette évaluation a été faite à partir des interviews des deux médecins DIM du CHU de Montpellier.

Pour les médecins, la mise en place va permettre de mettre à plat certaines pratiques. L'entrée en vigueur de cette évolution va obliger les hôpitaux à être plus réactifs et plus performants dans la production des factures. Il y a un avis favorable à la mise en place de cette mesure qui, selon les médecins DIM, va permettre de réévaluer les pratiques et de les améliorer. Néanmoins, certains points demeurent des inconnues quant à la faisabilité de la mise en œuvre par rapport aux pratiques rencontrées au CHU de Montpellier. L'un des points critique évoqué est la temporalité de la mise en pratique de FIDES Séjours. En effet, un déploiement massif et rapide ferait craindre de mettre le DIM et l'établissement en difficulté. Peut-être que le fait que le CHU de Montpellier ait été expérimentateur depuis le début des travaux pourrait permettre un aménagement lors du déploiement.

Un autre point évoqué est la complexité du système d'information hospitalier du CHU et notamment les « failles » qui perdurent dans le logiciel du dossier patient informatisé (DPI). En effet, tel qu'est conçu le DPI aujourd'hui, il permet la création d'erreurs qui peuvent être particulièrement pénalisantes pour l'établissement. Aujourd'hui ces erreurs sont corrigées par les TIM mais parfois après que la facturation ait eu lieu ce qui engendre un redressement a posteriori. Le passage à FIDES Séjours ne devrait pas, selon les médecins DIM, apporter une charge de travail supplémentaire. En effet, la centralisation du codage du PMSI permet de maîtriser une part importante des risques potentiels de retard de facturation. Néanmoins, même si les tâches restent les mêmes, il faudra faire vite et bien le plus rapidement possible.

Une question se pose également quant à l'adhésion des acteurs opérants qui ont un rôle important à jouer notamment les chirurgiens pour la saisie des actes opératoires, les infirmiers pour la fiabilité du parcours du patient lors de son séjour et la pharmacie pour la traçabilité des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables.

Enfin, le système d'information hospitalier actuellement en place au CHU de Montpellier est clairement identifié comme un frein à la mise en place de FIDES séjours. A l'heure actuelle, il y a trop de « rustines » pour pallier aux erreurs

existantes. Cela empêcherait un déploiement de FIDES Séjours dans de bonnes conditions.

En revanche, un point positif émerge de cette étude, ce serait une plus grande rigueur. Cette évolution des pratiques permettrait de faire naître un système de pilotage facilité et facilitant.

4.2.2.2 Evaluation de l'impact de FIDES séjours sur les pratiques de facturation au CHU de Montpellier

Cette évaluation a été faite à partir des interviews du responsable du service des admissions/facturation et du responsable de l'unité de traitement des données du DIM CHU de Montpellier.

L'arrivée de FIDES Séjours va imposer la validation individuelle des dossiers avec une possibilité de correction très complexe dans un délai relativement court et qui ne sera mis en œuvre qu'exceptionnellement. L'établissement avait la possibilité de faire valoriser les dossiers au moins partiellement si la qualité n'est pas parfaite. L'arrivée de FIDES Séjours va imposer une haute qualité du traitement du dossier mais pas nécessairement une rapidité. En effet, il ne sera peut-être pas nécessaire de se presser plus mais il faudra faire mieux. Les TIM auront l'impression d'avoir une plus grande responsabilité qu'actuellement sauf que c'était moins évident parce que la correction était plus facile.

FIDES Séjours peut avoir un impact sur la trésorerie. En effet, actuellement, si un dossier est codé même partiellement, l'établissement reçoit 80% du financement. Avec FIDES Séjours, il n'existera plus cette « avance de trésorerie ». Si le codage va trop vite, la trésorerie sera positive. Mais si du retard intervient dans le codage ou la validation des dossiers, l'établissement ne pourra pas bénéficier de cette avance et ce retard de facturation pourrait mettre l'établissement en difficulté.

Le succès de la mise en place de FIDES Séjours dépendrait des moyens techniques du système d'information ainsi que de la mobilisation des services

producteurs de données mais qui n'ont, pour le moment, pas les moyens de vérifier la qualité de leurs données.

Il a été soulevé qu'il n'était pas certain que l'établissement y gagne à la mise en place de FIDES Séjours telles que sont organisées les pratiques. Le système actuel permettait une flexibilité que ne permettra plus FIDES Séjours. Il y aura certainement des stratégies à mettre en place mais à l'heure actuelle, c'est un peu difficile de savoir ce qu'il faut faire.

La difficulté de la mise en place de FIDES Séjours réside également dans la dépendance d'intervenants extérieurs. En effet, la facturation ne dépend pas uniquement du DIM ou du service de facturation centrale qui sont les services techniques très au fait de cette problématique. FIDES Séjours nécessite la coordination impérative des opérateurs de soins comme les chirurgiens, les infirmiers ou les pharmaciens par exemple. Le premier obstacle à la mise en place de FIDES Séjours provient de l'implication de ces acteurs.

Une autre difficulté soulevée provient d'intervenants extérieurs. Lors de la mise en place de FIDES pour les consultations, il est apparu que le délai d'obtention des informations relatives au taux de prise en charge des patients pouvait être très long. Le retour d'expérience de FIDES Externes fait apparaître un défaut de facturation à la fin de l'année soit par manque d'informations nécessaires à la facturation, soit par manque de temps pour effectuer les corrections.

Il en ressort les problématiques suivantes : « qui va donner le « top » facturation ? Qui va corriger ? Dans quel délai doit-on facturer ? ».

Annexe 3 : Questionnaire manager

4.2.2.3 Evaluation de l'impact de FIDES séjours vue par les techniciens d'information médicale

21 TIM ont répondu à notre questionnaire sur les deux établissements.

La première analyse est qu'aucun TIM ne connaît FIDES Séjours au CH de Rodez. Au CHU de Montpellier, sur 14 TIM, seulement 1 personne ne connaît pas FIDES Séjours (TIM de moins de 3 ans d'ancienneté dans le poste). Pour

les 14 TIM restants qui connaissent FIDES Séjours, seulement 2 pensent que cette évolution de facturation ne modifiera en rien leur pratique de travail. Ces personnes ont moins de 3 ans d'ancienneté. En revanche, 8 personnes pensent que le passage à FIDES séjours va beaucoup modifier leurs pratiques de travail. Sur l'ensemble des réponses recueillies, il ressort que tous les éléments surveillés et corrigés par les TIM sont des sources potentielles de mauvaise qualité de la facturation. Chaque personne est consciente que leurs pratiques seront amenées à changer sans en mesurer vraiment la proportion.

Toutes ont également la conscience que ce changement ne peut pas intervenir sans l'appui d'autres acteurs du CHU qui ne sont pas directement concernés par la facturation. Une personne seulement aimerait que cette réforme ne soit pas appliquée car, pour cette personne, le changement serait aux antipodes de ces pratiques actuelles.

Annexe 4 : Questionnaire TIM

5 Discussion

Les résultats de l'étude tendent à démontrer que les établissements ciblés n'ont pas tous les deux le même niveau de préparation face aux changements à prévoir, la même connaissance par les équipes, la même appropriation collective. Toutefois il en ressort de la même façon pour les deux établissements qu'à l'aube très proche de l'application du projet, aucun des deux établissements n'a abordé un processus d'appropriation très significatif, tant collectivement qu'individuellement le changement n'est pas forcément très anticipé. Les lacunes identifiées par les protagonistes sur la bonne adaptation des systèmes d'information, sur la bonne tenue des CRH, sur les modifications de pratiques, sur les liens à créer, sur les éventuels manques de moyens humains, ... sont du registre du constat, de l'analyse, de l'audit pré-changement. A quelques semaines de la mise en place d'un projet d'un tel enjeu, tout ceci pourrait paraître surprenant.

Ce point mérite discussion. Ces résultats en l'état peuvent faire écho aux observations relevées dans plusieurs études sur l'appropriation dans le milieu hospitalier. JC Moisdon écrit dans PMSI, T2A et gestion interne, « *le régulateur (les pouvoirs publics) a beaucoup plus profité de ces apprentissages que les régulés (l'hôpital). Les savoirs de la régulation s'appuient maintenant sur de multiples opérations de calcul, de modélisation, de recherches mêmes qui lui ont permis de perfectionner progressivement l'outil ... au point, on l'a vu de le rendre illisible par les acteurs de terrain qui par la même, n'ont pas engagé d'évolutions gestionnaires significatives, ni, corrélativement, de processus d'apprentissage significatifs.* »

Ce même Jean-Claude Moisdon, dans ce même article citait la littérature de l'apprentissage en faisant référence aux travaux d'Aryris et Schoen, de la problématique tacite/explicite, des communautés de pratique, de la distinction du knowing par rapport au knowledge, le premier terme signifiant que l'apprentissage se fait essentiellement dans et pour la pratique, et non dans les

transferts de savoir constitués. Il estimait que ce dernier cadre théorique était particulièrement adapté aux évolutions qui se préparent, par la nécessité pour les collectifs s'engageant dans ces défis de procéder par essai-erreur, évaluation en continu de l'action, boucles de retours rapides etc...

Ces apports théoriques font échos aux résultats de notre étude, quand les personnes interviewées (DIM, BDE, CH Rodez) exprimaient de façon un peu détachée leurs habitudes à devoir « gérer » de façon régulière, au coup par coup, des changements provenant de modification provoquée par le régulateur. En s'engageant dans le changement sans forcément l'avoir anticipé mais avec habitude, confiance dans un apprentissage en partie empirique.

Comme nous l'avons vu en première partie de ce mémoire, le futur de la T2A passera probablement par une rémunération au parcours, à l'épisode ou à la population. Cette rémunération partagée incitera à une meilleure coordination entre professionnels de santé.

Dans ces conditions, dans une relation entre différents intervenants internes et externes à l'organisation mais ayant comme seul dénominateur le patient et sa prise en charge, le collectif aura besoin d'une structuration, d'une formalisation supérieure des processus de production. Par exemple, il est intéressant de s'arrêter sur les modèles des sciences de la qualité, de la productique et de l'analyse par les processus. Ils ont pu démontrer leur intérêt et leur transposition au domaine de l'information médicale.

Le modèle PRIMAQ, production de l'information médicale en assurance qualité, a été énoncé en 2006 (L'information en milieu hospitalier : apports potentiels de la qualitique et de la productique. L'exemple de la méthode PRIMAQ, Jérôme Frenkiel, Samir Bouam, Patrick Triadou, Santé et Systémique, Juin 2006).

Ils déclarent que la culture des professionnels de santé les éloigne de l'information qui relève pour eux de considérations gestionnaires, et d'une dimension logistique, annexe aux principes éthiques de la dimension de soins.

En seconde hypothèse, ils expliquent l'absence historique de contraintes sur le système hospitalier jusqu'à la fin des années 70. De fait, face à l'absence de contraintes, point n'est besoin de gérer et l'information à visée de gestion est réduite à sa plus simple expression (Claveranne et al., 2006, p. 1-6).

20 ans plus tard, différentes contraintes sont venues s'imposer successivement sur le secteur hospitalier sur différents registres :

- Economique (T2A),
- Stratégique (schéma régional d'organisation des soins, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ...),
- Qualitative (accréditation, certification, évaluation des pratiques, ...),
- Juridique (droits et information des patients),
- Médiatique (classement des hôpitaux, ...).

A travers leur étude, ils affichent des résultats démontrant que l'analyse par processus, enrichie d'éléments de productique et structurée selon la logique de l'assurance qualité, constitue une réponse adaptée pour fiabiliser les informations du PMSI.

La méthode construite en référence prioritaire aux principes de l'assurance qualité repose sur les principes suivants : formalisation théorique et préalable du modèle, normalisation et protocolisation systématiques des méthodes et des organisations incluant leur déploiement, gestion informatisée de la production et de la traçabilité, gestion documentaire, évaluation du résultat. Dix ans plus tard, ces mêmes auteurs dans un article intitulé « Codage des pathologies et qualité industrielle », J. Frenkiel, S. Bouam, G. Cissé, E. Chan, D. Belard, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 64, Supplément 1, March 2016, Page S21, présente les résultats de la mise en application de la méthode à l'APHP.

Ils témoignent d'une mise en application dans 92 unités médicales avec des résultats encourageants sur la performance de la facturation.

Dans le but d'entreprendre une vraie structuration de la gestion interne (au sens de JC Moisdon) il semblerait judicieux pour les établissements de santé, sur la base entre autres de ces résultats, de s'intéresser à la mise en place de telles démarches pour tenter de fiabiliser les organisations mais aussi pour tenter de faire rentrer une culture du sens, de l'appropriations collective et de la mise en action réfléchie et non plus subie du changement.

Conclusion

Notre étude a pour objectif d'explorer les liens entre les changements introduits par le régulateur et les conséquences de ces changements sur les organisations hospitalières.

Les établissements de santé, en règle générale, sont habitués aux changements et aux évolutions puisque chaque année de nouvelles mesures apparaissent et d'autres sont supprimées. Leurs capacités d'adaptation leur permettent de répondre au mieux à ces obligations dans le but d'assurer les recettes des établissements de santé.

L'apport de la revue de littérature nous permet de positionner ce changement comme imposé. Nous pouvons également constater que sa mise en place sera pérenne même si aujourd'hui les établissements ne disposent pas de toutes les informations concernant sa mise en œuvre. Le fait que cette réforme soit imposée par le législateur peut impacter les managers sur la manière de mettre en œuvre ce changement. Néanmoins, de manière unanime, cette évolution des pratiques va permettre de remettre à plat un certain nombre de pratiques ce qui entraînera une diminution des marges de manœuvre pour les établissements mais aussi une augmentation de la rigueur.

Si nous mettons en perspective la théorie, l'organisation actuelle et le but à atteindre, cette étude peut permettre de positionner les différents établissements par rapport au changement, et peut également permettre d'anticiper les résistances au changement qui pourraient retarder ou bloquer certains processus de production.

Dans cette étude, les services concernés par cette réforme sont le DIM et le bureau des admissions/facturation. Le défi proposé par la mise en œuvre de

FIDES Séjours n'est pas tant dans la technique mais davantage dans la coordination des acteurs internes et externes.

Cette étude révèle que le DIM et le bureau des admissions/facturation sont amenés (si ce n'est pas déjà le cas) à devenir des services pilotes pour les recettes de l'établissement.

Le DIM devra se positionner, s'il veut mener à bien ce changement, comme un coordinateur du changement, d'une part pour les unités de soins moins impliquées dans cette évolution, et d'autre part pour les unités supports afin d'avoir des outils facilitant dans sa tâche.

Pour conclure, l'adaptation des établissements à la mise en place de FIDES Séjours se fera tout d'abord en fonction de la volonté du chef de l'établissement. En effet, un petit établissement avec des parcours de soins simples et une petite équipe de TIM n'aura peut-être pas beaucoup d'aménagements à mettre en œuvre pour assurer une facturation de qualité. En revanche, un très gros établissement de type CHU, avec plusieurs établissements, des parcours de soins complexes, un système d'information et des circuits d'information complexes et multiples, devra mettre à plat davantage de processus, coordonner davantage d'équipes. D'autant plus, que de la qualité du traitement de ces données dépendra le codage et la facturation et donc la bonne santé financière de l'établissement.

« Il n'existe rien de plus constant que le changement. »

Bouddha

Bibliographie

Aballea Pierre, Delahaye-Guillocheau Valérie, Gatier Jérôme. 2008. Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

Autissier David, Vandangeaon-Derumez. 2007. Les managers de première ligne et le changement. Revue française de gestion.

Autissier David, Vandangeaon-Derumez, Vas Alain, Johnson Kevin. 2018. Conduite du changement : concepts clés. Dunod

Bruant-Bisson Anne, Castel Paul, Panel Maurice-Pierre. 2012. Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.

Burnel Philippe. 2017. L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. Journal de gestion et d'économie médicales 2017/2 Vol35, pages 67 à 79.

Direction Générale de l'Offre de Soins. 2016. Guide d'auditabilité des recettes.

Foudriat Michel. 2015. Le changement organisationnel, Réflexions sur les conceptions méthodologiques. Dunod. Pages 5 à 30.

Frankiel Jérôme, Bouam Samir, G. Cissé, E. Chan, D. Belard. 2016. Codage des pathologies et qualité industrielle. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 64, Supplément 1, Page S21

Frankiel Jérôme, Bouam Samir, Triadou Patrick. 2006. L'information en milieu hospitalier : apports potentiels de la qualitique et de la productique. L'exemple de la méthode PRIMAQ. Santé et Syntémique.

Grolier Jacques, Doussot-Laynaud Claude-Anne, Peyret Philippe. 2009. EPRD : gestion budgétaire et comptable des établissements de santé.

Koenig Gérard. 1994. L'apprentissage organisationnel, Repérage des lieux. Revue française de gestion.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère des Finances et des Comptes Publics, UNCAM. 2014. Projet FIDES, Cahier des charges, description des fonctionnalités attendues du module MOCA (Module de Centralisation et Analyse des flux en amont de DEFIS).

Moison Jean-Claude. 2017. PMSI, T2A et gestion interne. Journal de gestion et d'économie médicales 2017, Vol 35, pages 51 à 66.

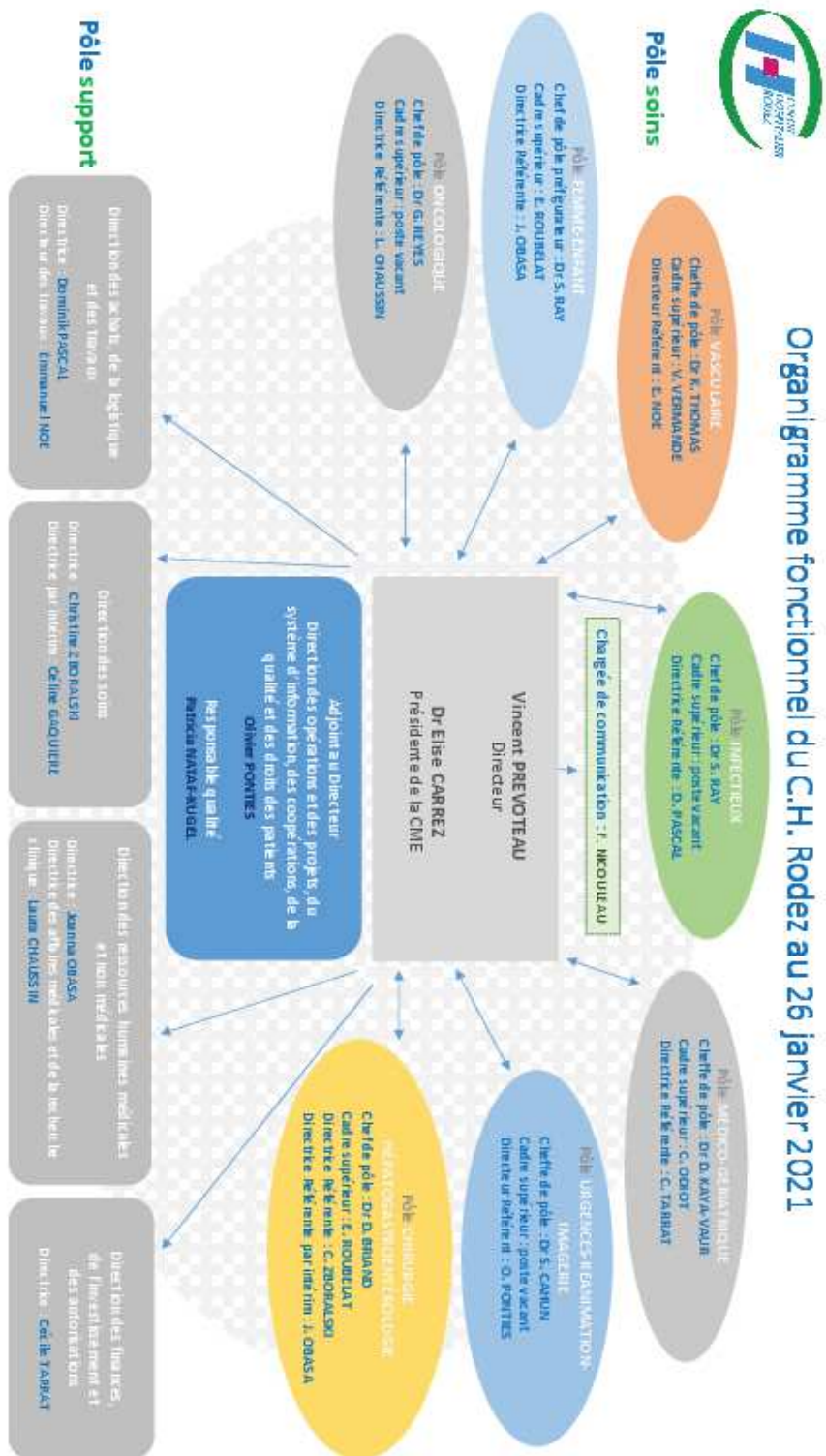
Soparnot Richard, 2013. Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. Recherches en Sciences de Gestion.

Site Web :

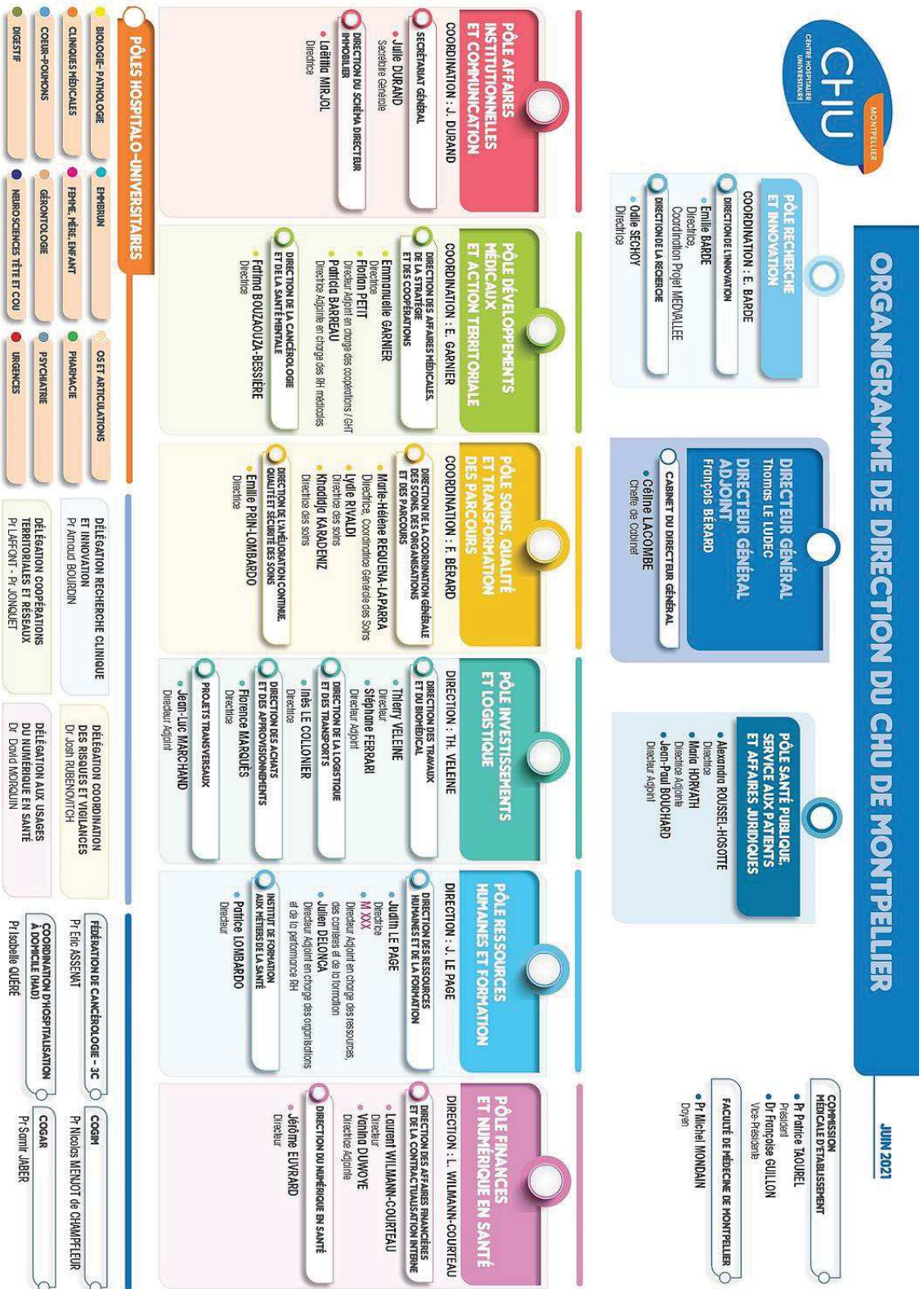
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/fides>

Annexes

Annexe 1 : Organigramme du CH de Rodez



Annexe 2 : Organigramme du CHU de Montpellier



Annexe 3 : Questionnaire manager

QUESTIONNAIRE MANAGER

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé sur le thème de l'impact de FIDES Séjours sous l'angle du management du changement, nous avons choisi la méthode de l'interview afin de tenter de mesurer l'impact du changement des pratiques que va engendrer la mise en place de FIDES Séjours. Cet entretien est enregistré si vous êtes accord. L'analyse de l'ensemble des réponses sera publiée dans le mémoire. Les enregistrements resteront confidentiels. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous devez répondre selon votre niveau de connaissance du sujet et des process.

Durée estimée : 30 minutes

- Avez-vous entendu parler de FIDES Séjours ?
- Quelles sont les informations dont vous disposez sur FIDES Séjours ?
- Si oui, qu'est-ce que pour vous FIDES Séjours ?
- D'après vous, quels sont les impacts de FIDES Séjours sur les pratiques de travail ?
 - o Pour vos équipes
 - o Pour l'organisation
- Quels sont, pour vous, les risques et les opportunités les plus importants de la mise en place de FIDES Séjours ?
 - o Au sein de votre service
 - o Pour l'organisation
- Pensez-vous que FIDES Séjours va apporter une charge de travail supplémentaire ? oui/non pourquoi ?
- Quels seraient les ressources nécessaires afin de faire face aux risques éventuels ? Dans votre service ou dans un autre service ? (humaines, matérielles, outils, organisationnelles)
- Quels seraient les changements de pratique à apporter au sein des équipes de votre service pour s'adapter au mieux aux contraintes de FIDES Séjours ?
- Quels sont ou seraient les freins les plus importants à la mise en place de FIDES Séjours ?
- Quels seraient les avantages du déploiement de FIDES Séjours ?

Nous vous remercions infiniment pour votre aide précieuse. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos questions.

Sophie Bruel & Jean-Sébastien Raynal

Annexe 4 : Questionnaire TIM

QUESTIONNAIRE TIM

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé sur le thème de l'impact de FIDES Séjours, nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes. Il a pour but de tenter de mesurer l'impact du changement des pratiques que va engendrer la mise en place de FIDES Séjours et la perception que vous pourriez avoir de ce changement. Ce questionnaire est anonyme. L'analyse de l'ensemble des réponses sera publiée dans le mémoire. Les résultats individuels resteront confidentiels.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous devez répondre selon votre niveau de connaissance du sujet et des process.

- De quel établissement faites-vous partie ?

- Quelle est votre tranche d'âge :

moins de 30 ans entre 30 et 39 ans entre 40 et 49 ans 50 ans et plus

- Quelle est votre ancienneté dans le poste :

moins de 3 ans entre 3 et 6 ans entre 7 et 10 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

- Avez-vous entendu parler de FIDES Séjours :

oui non

Si non, fin du questionnaire

- D'après vous, le passage à FIDES Séjours va-t-il modifier vos pratiques ?

pas du tout un peu beaucoup totalement ne sait pas

Quelles pratiques ?

- Quels sont, pour vous, les risques liés au passage à FIDES Séjours ?

Mouvements Taux de prise en charge MO/DMI Identitovigilance Tous Aucun

Exhaustivité des actes opératoires/interventionnels Exhaustivité PMSI Ne sait pas autres et lesquelles ?

- Ces risques sont-ils égaux oui/non et pourquoi ?

- Donnez les 3 premiers risques ?

- D'après vous, quel serait le rôle du DIM dans la gestion de FIDES Séjours ?

- D'après vous, quels sont les processus existants qui peuvent s'adapter à la mise en place de FIDES Séjours ? et Pourquoi ?

- Quels sont ceux qui ne s'adapteraient pas et pourquoi ?

- Pensez-vous que vous allez rencontrer des difficultés à adapter vos pratiques de travail à FIDES Séjours ?

oui non Ne sais pas

Si oui pourquoi, dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

- Pensez-vous que des opportunités vont émerger à la mise en place de FIDES Séjours ? oui/non si oui lesquelles.

- Pensez-vous que vous aurez besoin d'être accompagné(e) pour la mise en place de FIDES Séjours ?

oui non Ne sait pas

Si oui, sur quoi et comment ?

Nous vous remercions de l'aide précieuse que vous nous avez apporté. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos questions.

Sophie Bruel et Jean-Sébastien Raynal

RESUME

Le mode de financement des établissements de santé a subi de nombreuses évolutions depuis les années 2000. La Facturation Individuelle des Etablissements de Santé, dernière réforme à venir, va obliger les établissements publics de santé à faire évoluer leurs pratiques. A travers ce mémoire, nous avons tenté de mesurer l'impact de cette réforme pour anticiper le changement des pratiques nécessaire.

Mots-clés : financement des établissements de santé, Tarification à l'Activité, Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES), management du changement organisationnel.