



HAL
open science

Le contrôle de gestion, un service de production en appui au management des établissements de santé

Maïté Bardury, Agnès Clouzot

► To cite this version:

Maïté Bardury, Agnès Clouzot. Le contrôle de gestion, un service de production en appui au management des établissements de santé. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03817253

HAL Id: dumas-03817253

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03817253>

Submitted on 2 Nov 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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MOMA

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

**MASTER 2 MANAGEMENT STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS DE
SANTÉ**
Option « sanitaire »

**Le contrôle de gestion, un service de production en
appui au management des établissements de santé**

Présenté par :

Maïté BARDURY
Agnès CLOUZOT

Jury :

Gérald NARO, Professeur à l'université de Montpellier
Irène GEORGESCU, Professeur à l'université de Montpellier
Michel JEANNEY, Directeur des Affaires Financières et de
l'Appui à la Performance au Centre Hospitalier de Narbonne

Année :

31 août 2022



Sommaire

Introduction.....	4
I. Revue de littérature.....	8
A. Evolution réglementaire et recherche de performance.....	8
1. Mise en place de la T2A.....	8
a) Définition et principes de la T2A.....	8
b) Avantages et inconvénients.....	9
2. La T2A selon les secteurs.....	11
a) Secteur public.....	11
b) Secteur privé.....	12
c) Convergence.....	13
3. Pilotage de la performance dans les établissements de santé.....	14
a) Définition de la performance dans les établissements de santé.....	14
b) Mesure de la performance.....	17
c) Conduite du changement.....	20
B. La fonction contrôle de gestion.....	23
1. Le contrôle de gestion.....	23
a) Historique de la fonction.....	23
b) Rôle et missions de la fonction contrôle de gestion.....	23
(1) Des missions techniques.....	23
(2) Des missions stratégiques.....	24
(3) Des missions pédagogiques.....	24
c) Image renvoyée par le contrôleur de gestion et sa fonction.....	25
d) Perspectives pour la fonction contrôle de gestion.....	26
(1) La place du contrôle de gestion dans l'organigramme.....	26
(2) La contractualisation interne, un outil d'aide à la décision.....	28
(a) Un outil de dialogue entre Direction et Médecin.....	28
(b) Evolution des pratiques.....	28
(c) Posture et légitimité du contrôleur.....	29
2. Les différents profils de contrôleurs.....	29
a) Typologie selon Caroline Lambert.....	30
(1) Le contrôleur Discret.....	30
(2) Le contrôleur Garde-fou.....	30
(3) Le contrôleur Partenaire.....	31
(4) Le contrôleur Omnipotent.....	31
b) De nouveaux profils à intégrer.....	32
II. Méthodologie.....	34
A. Analyse des fuites du territoire en Médecine.....	34
1. Fuites par destinations.....	38
2. Fuites par Domaines d'Activité.....	40
B. Problématique des DMS en Médecine au regard de la rentabilité dans une clinique privée cas de la Clinique Saint-Paul, Martinique.....	44
1. DMS établissement vs IPDMS.....	44
2. Comparaison des rentabilités selon la durée des séjours.....	48

III. Résultats et discussions.....	51
Conclusion.....	54
Glossaire.....	56
Bibliographie.....	57
Table des illustrations.....	58
Résumé.....	59
Mots clés.....	59

Introduction

La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière renforce la planification par la mise en place des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) et impulse la politique de contractualisation entre l'Etat et les établissements de santé. Le Journal Officiel du 2 août 1991, dans le cadre du programme médicalisé du système d'information (PMSI) impose aux établissements à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. Le financement des dépenses hospitalières a connu des évolutions depuis une quarantaine d'années. La France a connu jusqu'à nos jours trois modes de financement : le financement aux prix de journée jusqu'en 1983 dans le public et le privé, le budget global instauré par la loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août 1983 appliqué dans les établissements publics et privés à but non lucratif. A cette époque, ***“L'hôpital était alors cette boîte noire tant critiquée qui ne savait ni ce qu'elle produisait ni ce qu'elle coûtait. Le contrôle de gestion ou le contrôle interne étaient encore des notions étrangères à beaucoup d'établissements et les rares qui s'y intéressaient suscitaient peu l'intérêt des communautés médicales”***.

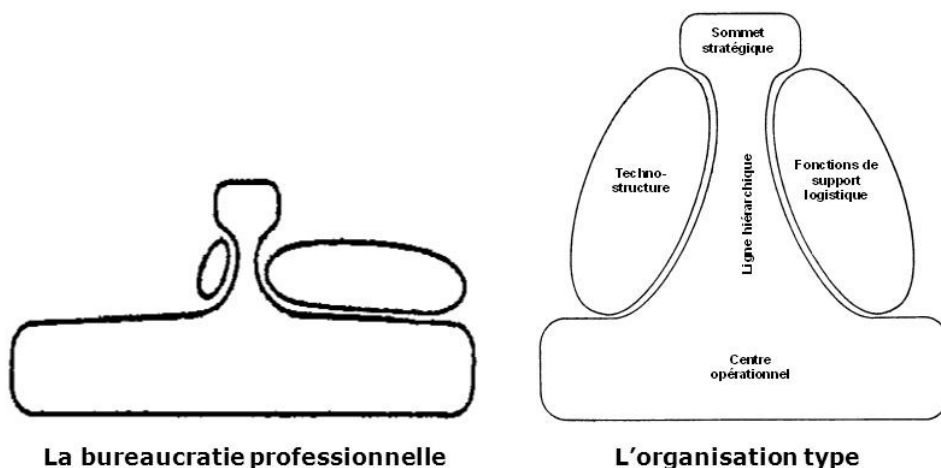
Le financement aux prix de journée et le budget global, tous deux des financements rétrospectifs ont été abrogés en 2004 pour laisser place à la tarification à l'activité (T2A), financement prospectif basé sur la logique de prix et inspiré du modèle américain du Professeur Fetter. L'instauration du paiement prospectif demande aux établissements une recherche constante d'efficacité et une maîtrise des coûts.

La loi du 21 juillet 2009 dite HPST apporte des modifications à deux niveaux, tout d'abord, au sein de la Gouvernance avec l'apparition du Directoire et du Conseil de surveillance des établissements et au niveau du contrôle et du pilotage favorisant l'implémentation d'un contrôle de gestion. ***“Le métier de contrôleur de gestion subit de ce fait une véritable métamorphose : délaissant le rôle de “garde-fou” voire d' “œil de Moscou” qui lui a longtemps été attribué, il devient peu à peu un prestataire de service pour les services opérationnels.”***

Pour comprendre comment ces réformes ont influencé le métier de contrôleur de gestion, accordons-nous à prendre de la hauteur sur la compréhension des organisations.

L'hôpital au sens large (hôpitaux publics, ONL et établissements commerciaux), est selon la théorie des organisations de Henry Mintzberg, une bureaucratie professionnelle. Celle-ci repose sur une standardisation des compétences essentielle à son fonctionnement. En effet, le cœur de métier est effectué par le centre opérationnel hautement qualifié, médecins, chirurgiens... dont les aptitudes et qualifications sont normées¹.

Illustration 1 : Schéma de la bureaucratie professionnelle selon Henry Mintzberg



En management, une organisation est “un ensemble d’individus, regroupés au sein d’une structure régulée, ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l’information, dans le but de répondre à des besoins et d’atteindre des objectifs déterminés.” Un ensemble d’éléments structurants sont à prendre en compte pour définir le contexte organisationnel dans lequel chaque individu évolue. Premièrement, les buts qui se distinguent en buts de missions et buts de système. Les premiers précisent l’offre de l’organisation pour répondre aux besoins des consommateurs, nous pourrions parler de raison d’être ; alors que les seconds caractérisent les objectifs généraux de l’organisation et de ses membres. La structure est le cadre qui définit les entités, précise la coordination du travail et

¹ L'hôpital entreprise n'est pas une solution, Frédéric Pierru et Louis Weber, Revue Savoir/Agir 2013

identifie les moyens utilisés pour y parvenir. Le pouvoir découle de la structure, en effet, la gestion interne et le processus de prise de décision caractérisent les rôles de chacun et la place qu'ils occupent dans la gouvernance. Cette idée rejoint celle du micro-environnement d'une structure de santé qui s'apparente à l'organisation administrative de l'établissement. Par ailleurs, la vie d'une organisation dépend certes de son fonctionnement interne mais s'inscrit dans un espace plus large. Le macro-environnement est constitué d'éléments ne pouvant pas être contrôlés ou influencés par l'entreprise ; une analyse PESTEL² peut être menée pour l'appréhender. C'est ainsi que l'on comprend le poids des politiques nationales de santé dans la gestion courante d'un établissement. Enfin, les relations traduisent les interdépendances des uns par rapport aux autres ainsi que leurs formalisations (habitudes de travail, procédures formalisées...).

Illustration 2 : Définir un contexte organisationnel, Laure Jouanin

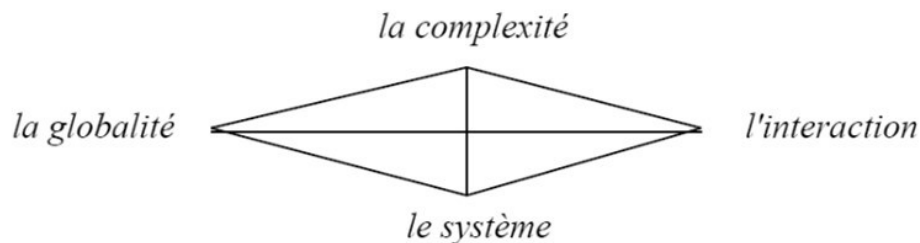


Comme évoqué précédemment, une organisation met en relation des individus oeuvrant à l'atteinte des objectifs déterminés pour et par la structure. Toutefois, avec l'évolution technologique, une révolution économique s'est mise en place faisant passer la notion de tâche à celle de projet, la notion de contrôle à celle de management et la notion de coût à celle de valeur ajoutée. S'accompagnant d'une révolution culturelle, l'individu appartient désormais à un groupe, et le compliqué devient complexe, faisant ainsi passer une organisation d'un fonctionnement à la chaîne à celui en réseau. L'organisation ne s'observe plus comme une somme d'individus mais comme des éléments qui entretiennent des relations, c'est-à-dire un

² L'introduction dans les années 1970 de principes inspirés du secteur privé au sein des structures du secteur public au nom de l'efficacité et de l'efficience.

système. La démarche systémique s'attarde sur la perception globale du fonctionnement plutôt que sur le détail. Relier les éléments au lieu de les isoler permet l'interaction entre les acteurs et ainsi de considérer les relations entretenues. Enfin, le système demeure en contact avec son environnement évolutif dont il faut maîtriser les répercussions structurelles.

Illustration 3 : Quatre concepts de base de la systémique, Laure Jouanin



Outre le fait d'être un système, un établissement de santé est qualifié de "complexe". La complexité indique tout ce qui n'est pas pleinement compris ou maîtrisé. Autrement dit, "le complexe est ce qui est imprévisible" et les interactions nombreuses et simultanées font l'imprévisible. Néanmoins, "La complexité d'un système ne réside pas seulement dans le nombre d'unités et d'interactions qu'il combine mais dans sa capacité à intégrer les incertitudes, les changements, les phénomènes aléatoires." C'est en cela que réside l'enjeu du métier de contrôleur de gestion, comprendre les environnements (micro et macro) dans lesquels il navigue, tout en ayant conscience que ceux-ci sont évolutifs et qu'ainsi leurs maîtrises n'est qu'illusoire. Son objectif doit être de guider l'organisation.

Ainsi, nous sommes en mesure de nous demander en quoi le contrôle de gestion est un service de production en appui au management des établissements de santé. Pour y répondre, nous débuterons par une revue de littérature sur le contexte réglementaire et la place qu'occupe le contrôle de gestion au regard de celui-ci. Nous poursuivrons avec la méthodologie déployée dans nos établissements respectifs³ via deux cas d'application. Enfin, nous exposerons nos résultats au travers des hypothèses mettant en relation la contribution du manager au contrôle de gestion et l'utilisation qu'il fait des informations.

³ Outil conduisant à une analyse externe des facteurs macro-environnementaux plus ou moins influents.

I. Revue de littérature

A. Evolution réglementaire et recherche de performance

1. Mise en place de la T2A

a) Définition et principes de la T2A

La loi du financement de la sécurité sociale a introduit en 2004 une réforme du financement des activités de santé appelée tarification à l'activité (T2A). La réforme de la tarification hospitalière a pour objectif initial d'inciter les établissements de santé à avoir un fonctionnement plus efficient.

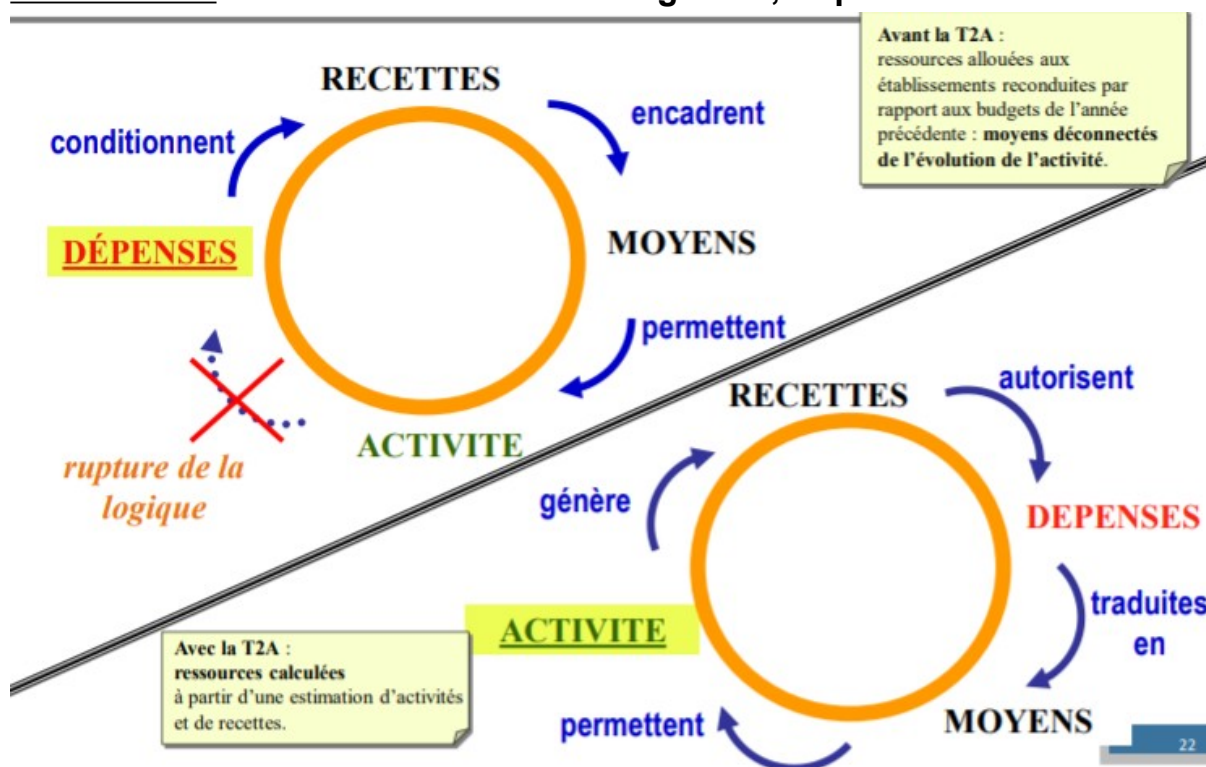
Seuls les établissements de santé publics et privés proposant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont concernés par la réforme.

Instrument de régulation publique, la réforme du financement des activités de santé vise deux objectifs majeurs, tout d'abord, une meilleure répartition des ressources entre les acteurs de santé (utilisation de l'ONDAM) et une recherche constante de l'efficience.

Une autre volonté de la réforme était de renforcer la place des médecins, de permettre de déconcentrer la gestion avec la création des pôles. En effet, elle va de pair avec la réforme de gouvernance inspirée du New Public Management⁴ souhaitant associer les deux univers dans le but d'établir un pilotage médico-économique.

⁴ En santé, l'objectif qui sous-tend cette standardisation est la recherche de la qualité et l'uniformisation des bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire.

Illustration 4 : Inversion du modèle budgétaire, Sophie Colasse



b) Avantages et inconvénients

La mise en place de la T2A a fait l'objet de nombreux débats depuis sa mise en place. Parmi les avantages, la T2A permet de corréler la production des soins au financement.

“La T2A réintroduit le lien entre niveau d'activité et niveau de financement”

“La T2A permet une lisibilité des coûts de prise en charge”

“Une information comptable exhaustive et non plus limitée aux seules dépenses peut faire prendre conscience aux opérationnels (médicaux) de la réalité économique de leur activité”

“L'introduction de la dimension “recettes” ne limite plus le raisonnement à la contention des budgets : un développement de l'activité peut très bien être envisagé si celle-ci apporte plus de ressources qu'elle n'en consomme”

Aujourd'hui la mise en place de la T2A permet une marge de manœuvre, permet une projection des recettes et ainsi de mettre en place des projets.

La T2A a permis de décentraliser le pouvoir en décloisonnant les organisations et de donner plus de poids à la communauté médicale.

Un autre avantage induit de la T2A est la responsabilisation des acteurs dans la recherche de l'efficacité.

Il existe certaines limites intrinsèques de la T2A, en effet, les tarifs diffèrent selon le statut juridique de l'établissement.

Les variations des tarifs annuels peuvent entraîner une instabilité et une difficulté des établissements à se projeter. Les tarifs sont parfois perçus par les établissements comme déconnectés de la réalité du terrain car ces derniers ne prennent pas en compte tous les éléments de la prise en charge (moyens et temps passé de prévention ou d'explication).

La complexité du codage, la grande technicité et le temps consacré sont des aspects qui ne sont pas en faveur de la tarification à l'activité.

La T2A a également des effets négatifs, son système inflationniste peut pousser à la multiplication des actes ou à la recherche des actes plus avantageux.

Le souci d'efficacité et la recherche de réalisation de marge peut pousser les établissements à effectuer des sorties précoces des patients vers le domicile ou en transfert vers d'autres structures de soins dès lors que le séjour ne devient plus rentable.

La tarification à l'activité engendre parfois des tensions négatives entre le gestionnaire et les soignants. Les soignants sont plutôt animés par des motivations intrinsèques ou altruistes, le système de financement peut créer un conflit d'objectif entre rentabilité et qualité du service rendu à la patientèle par les professionnels et conduit à effectuer des arbitrages.

La T2A n'est pas un système incitatif à la coordination car non adapté aux parcours multi-acteurs. Les problèmes de coordination propres à notre système de santé perdurent avec la T2A.

Dans une recherche constante de rentabilité, les établissements ont intérêts à "recruter" les cas simples afin de compenser les cas plus complexes. La tarification à l'activité est incitative à garder les malades dits faciles. Lors d'un entretien en 2020 avec Brigitte DORMONT, Professeure d'économie à l'université de Paris-Dauphine, Frédéric Pierru, Docteur en science politique et chargé de recherche au CNRS a recueilli les propos suivants : ***“au lieu de définir les tarifs en fonction seulement***

des coûts de traitement par pathologie, on les a modifiés pour encourager certaines activités, et pour respecter l'enveloppe que constitue l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier"

2. La T2A selon les secteurs

Juridiquement, il existe deux catégories d'établissements de santé qui partagent l'offre d'hospitalisation : les établissements de santé publics et les établissements de santé privés.

La base du système de financement de la T2A est fondée sur des groupes homogènes de malades (GHM). Les tarifs fixés au niveau national par la DGOS et évoluant chaque année au 1er mars sont fonction du statut de l'établissement, deux tarifs sont ainsi appliqués.

a) Secteur public

Les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier sont financés selon une tarification dite à l'activité depuis 2004. Les tarifs applicables sont qualifiés de "tout compris", incluant les salaires des médecins contrairement au secteur privé qui sera développé en suivant. Se pose alors la question de la détermination des dits tarifs. Le point de départ est l'Etude Nationale des Coûts (ENC) qui dès 1992 a permis la classification des coûts par GHM ; chaque année, les établissements volontaires déterminent via une comptabilité analytique standardisée le coût moyen par GHM. L'étape suivante est la transformation du coût moyen en une unité de compte, le point ISA⁵ qui donne lieu à un coût relatif par GHM. De ce fait, il est possible de construire une échelle des coûts relatifs permettant de positionner les GHM les uns par rapport aux autres. Ensuite, le nombre total de points ISA est calculé pour le case-mix national. Une valeur est attribuée au point selon le budget disponible et la production nationale totale précédemment calculée. Enfin, le tarif du GHM est le résultat du produit de la valeur du point avec le coût relatif du GHM en question.

5 ISA pour Indice Synthétique d'activité

b) Secteur privé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Les établissements peuvent être à but lucratif ou à but non lucratif (OBNL) souvent issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Les établissements privés à but lucratif sont appelés "cliniques privées".

Le chiffre d'affaires d'une clinique privée englobe trois éléments :

- La facturation auprès de l'Assurance maladie (environ 90 % du chiffre d'affaires)
- Les ventes annexes aux patients et accompagnants (chambres particulières, téléphone, lits et repas accompagnants)
- Les refacturations des praticiens libéraux des prestations proposées par la clinique (facturations des honoraires, personnel soignant mis à disposition, location de cabinet de consultation)

La baisse des durées de séjour avec le basculement vers l'ambulatoire a eu un impact sur la facturation des chambres particulières. Ces recettes étaient génératrices de marge par les établissements. Depuis la mise en application de la T2A, les éléments de recettes pour les établissements MCO sont :

- Les financements liés à l'activité :
 - Les GHS (groupes homogènes de séjour) liés au GHM (groupe homogènes de malades). Les médicaments et prothèses (dispositifs médicaux implantables) sont inclus exceptés les LPP (liste des produits et prestations) faisant partis d'une liste spécifique
 - Les médicaments et DMI portés sur la liste des produits et prestations , facturables en sus du GHS
 - Les forfaits de dialyse
 - Les suppléments journaliers facturables en sus des GHS pour les patients admis dans des services de réanimation, soins intensifs, surveillance continue...
 - Les forfaits pour IVG

- Les financements liés aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), la liste des activités pouvant relever d'un financement par dotation MIGAC est vaste et comprend :
 - Les engagements relatifs à la mise en oeuvre des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)
 - Les engagements visant à l'amélioration de la qualité des soins ou visant à répondre à des priorités régionales ou nationales de santé publique
 - Les soins dispensés pour certaines populations spécifiques
 - Les aides à la contractualisation

c) Convergence

Les établissements de santé ont connu différents systèmes de financement, entre 1983 et 1993, deux systèmes de financement différents ont coexisté : les établissements de santé publics étaient sous le régime de la dotation globale et les établissements privés étaient rémunérés au prix de journée. En 2005 la convergence tarifaire public - privé a été mise en place en même temps que la T2A. Les établissements publics de santé ne facturant pas à la patientèle les honoraires des praticiens contrairement aux établissements privés lucratifs bénéficient de tarifs "tout-compris". Les établissements privés lucratifs de part cette différence en termes de facturation ont des tarifs de GHM inférieurs aux corollaires.

Nous pouvons noter une absence de clarté quant à cette convergence : est-ce une convergence vers une moyenne ? Une médiane ? Le meilleur rapport coût/bénéfice ?

La convergence annoncée sous-entend une baisse des tarifs des actes pour le public.

La convergence tarifaire publics-privés initialement prévue en 2012 a été différée en 2018. Les arguments avancés par l'hôpital public relèvent des missions principales de l'hôpital public et du public soigné. En effet, l'hôpital public prend à sa charge la formation des internes, le temps passé à l'accompagnement des élèves est coûteux.

La mission de recherche médicale intrinsèque à l'hôpital public permet de comprendre la réticence du secteur à la question de la convergence.

Le public traite les activités lourdes à coûts élevés comme les maternités de niveau 3, la réanimation et accueille un public " tout-venant" que le privé ne reçoit pas ou refuse de soigner. Dans un même temps, les patients à forte valeur ajoutée sont également redirigés vers le public.

3. Pilotage de la performance dans les établissements de santé

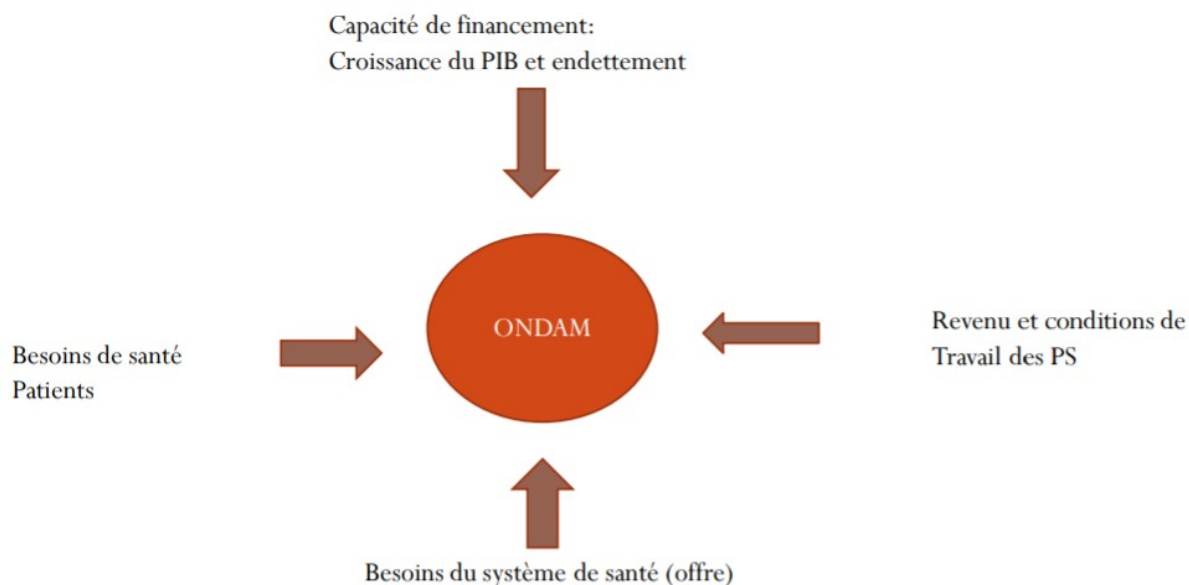
a) Définition de la performance dans les établissements de santé

En 2009, la loi HPST fait émerger la notion d'"hôpital entreprise". D'après l'INSEE, une entreprise est "une entité économique, juridiquement autonome dont la fonction principale est de produire des biens ou des services pour le marché." L'hôpital s'inscrit dans la définition de l'entreprise en tant que "communauté humaine dévolue à la production de biens" comme le fait remarquer Guy Vallancien, chirurgien urologue et universitaire membre de l'Académie nationale de médecine. L'hôpital est producteur d'un bien qualifié de supérieur, la santé et est le principal employeur du territoire sur lequel il est installé sans risque de délocalisation. Bien que la santé soit un secteur à part entière de part le service rendu, néanmoins, il reste une activité économique sur laquelle se rencontrent producteurs et consommateurs soit la définition même d'un marché. Au regard de ces éléments, nous pouvons considérer que l'hôpital est une entreprise avec des exigences éthiques et morales.

L'essence d'une entreprise réside dans sa capacité à générer du profit. Autrement dit, la maîtrise des coûts est essentielle pour s'assurer de sa pérennité d'où la nécessité d'être performante. Le glissement des établissements de santé vers la notion de performance a été progressive avec comme point de départ les réformes de financement qui les ont placés dans une logique de financiarisation entrepreneuriale. Celle-ci a créé une situation concurrentielle en comparant les coûts d'hospitalisation entre les établissements et entre les secteurs.

Dans le secteur sanitaire, le concept de performance est étroitement lié au respect de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie qui détermine l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie dont découlent les recettes des établissements.

Illustration 5 : La fixation de l'ONDAM : un exercice sous contrainte, Philippe Burnel



L'ONDAM est déterminé sur la base des prévisions de dépenses N-1 auxquelles est ajoutée la hausse tendancielle des dépenses soustraites des mesures de nouvelles économies. Il est présenté sous la forme d'un taux d'évolution défini chaque année dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Son montant est fixé par application d'un taux aux réalisations estimées de l'année N-1. Ce taux fait apparaître des mesures d'économies qui correspondent à l'écart entre la tendance d'évolution des dépenses et le taux fixé. L'ONDAM 2022 correspond à la réalisation de 2021 (N-1) à laquelle on ajoute le taux qui a fait l'objet de négociation au parlement.

Illustration 6 : ONDAM 2022 par sous objectifs, LFSS 2022

Construction de l'ONDAM 2022 par sous-objectifs	Base 2022	Taux d'évolution	Objectifs 2021
ONDAM TOTAL	239,4	-1,0%	236,8
Soins de ville	105,0	-2,3%	102,5
Établissements de santé	94,3	1,1%	95,3
Établissements et services médico-sociaux	26,9	2,6%	27,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,2	0,8%	14,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,7	4,5%	13,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	6,1	-3,4%	5,9
Autres prises en charge	7,1	-22,8%	5,5

Note : l'ONDAM 2022 intègre les dépenses d'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) au titre des plans d'aide à l'investissement (PAI) « personnes âgées » et « personnes handicapées » de la CNSA, ainsi que la contribution de la branche autonomie au FMIS, pour un montant total de 0,6 Md€ de changement de périmètre.

Ainsi les établissements évoluent sous la contrainte. A titre d'exemple, le CHU d'Angers dans le cadre de la "Base de données des coûts d'activité - base d'Angers" propose aux établissements participant "d'appréhender les coûts de production de plusieurs activités de l'hôpital et de comparer dans le temps l'évolution de ses coûts à ceux de l'échantillon". Cette initiative démontre la volonté des établissements à se comparer à leurs pairs et de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue de la performance et ainsi d'identifier les axes de progrès.

Lartigau (2009) "**la fonction contrôle de gestion à l'hôpital connaît une profonde mutation depuis quelques années. Au contrôle rétrospectif et budgétaire, fondé avant tout sur une logique de moyens, est en train de se substituer une nouvelle forme de contrôle, beaucoup plus orientée vers le pilotage de la performance.**" La performance est double, à la fois économique en termes de maîtrise budgétaire et de recherche d'efficacité puis, une performance médicale au niveau de la pertinence des soins.

Désormais, l'hôpital se doit d'agir selon une logique des "3E" économie-efficacité-efficacité. L'économie s'attache à l'obtention des bonnes ressources au meilleur prix. L'efficacité apprécie les services produits au regard des moyens engagés. L'efficacité établit un parallèle entre résultats obtenus et attendus.

b) Mesure de la performance

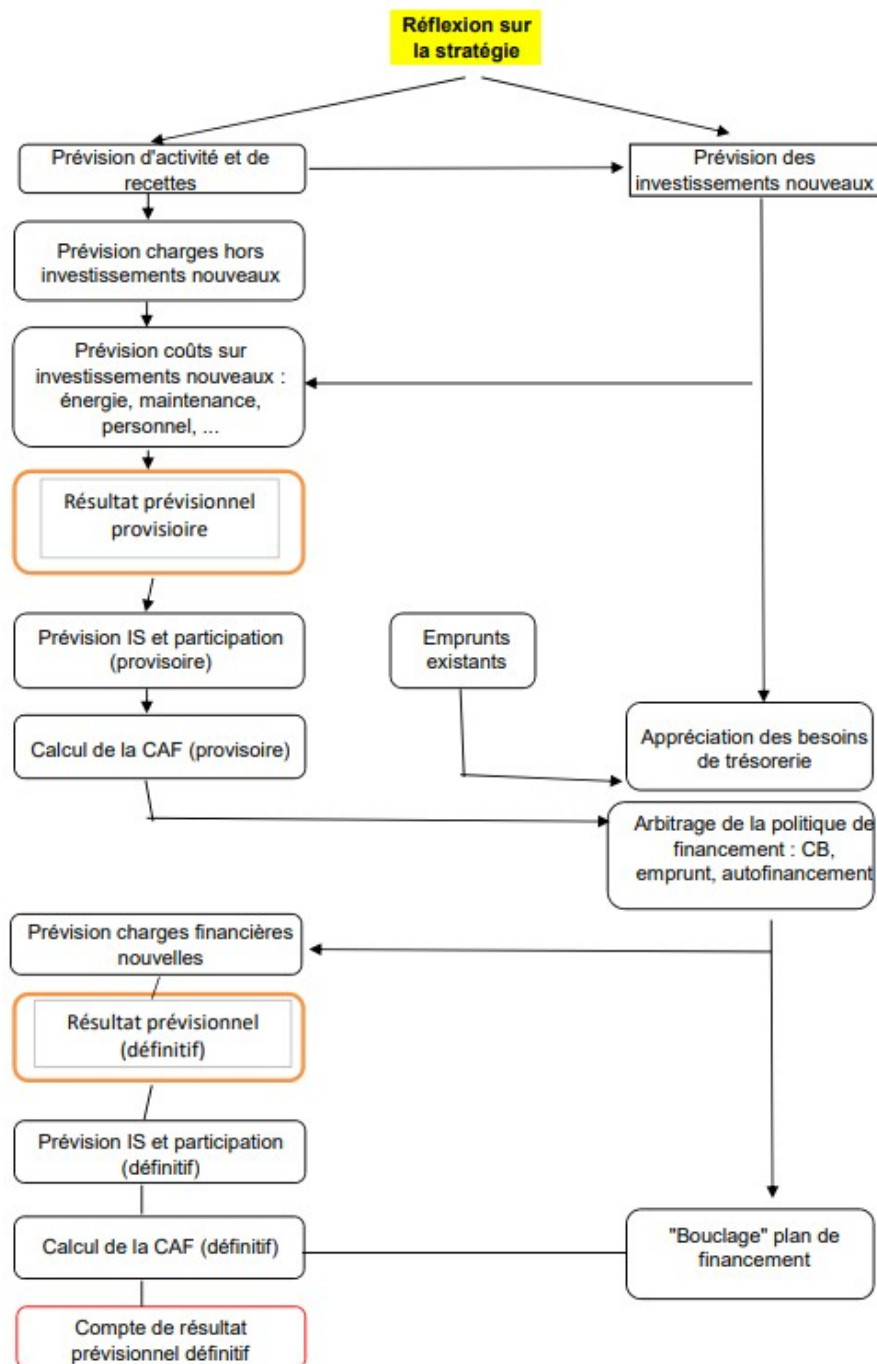
Compte tenu des évolutions sus-citées nous pouvons nous poser la question des outils et des méthodes à mettre en place afin d'accompagner au mieux les chefs de pôle dans le pilotage des unités de soins.

Pour Mousli (2009, p. 36), ***“c’est la latitude des contrôleurs de gestion qui garantit l’efficacité du contrôle de gestion en raison du degré d’autonomie dont ils disposent mais également des outils qui sous tendent l’exercice de ses missions.”***

Pour mener à bien ses missions de reporting et de pilotage de la performance, le contrôleur de gestion dispose d'une boîte à outils adaptée aux situations rencontrées.

Tout d'abord, l'élaboration des budgets. Dans le champ sanitaire, les établissements sont soumis à une obligation qui est la production du compte de résultat prévisionnel c'est-à-dire l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le plan de financement est nommé Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP). Ces derniers sont effectués au regard des projets d'orientation stratégique portés par l'établissement et via les prévisions de recettes, l'ajustement des effectifs, des consommations de biens et de services et des investissements. C'est une étape primordiale servant de feuille de route au suivi budgétaire.

Illustration 7 : Étapes de la mise en œuvre de la démarche prévisionnelle



Selon la place que l'on souhaite accorder au contrôleur de gestion dans la structure, son implication dans la comptabilité analytique sera plus ou moins grande. En effet, un contrôleur centré sur la production de données chiffrées sera expert dans la maîtrise de la relation coûts/valeur nécessaire à la bonne santé et au devenir de l'établissement.

Par ricochet à la construction des budgets et à la maîtrise des coûts, le système de régulation budgétaire fait partie des missions attribuées au contrôle de gestion.

Un outil transversal permettant d'obtenir une vision globale est le Balanced Scorecard⁶. Un établissement de santé étant un système complexe, le BSC permet d'intégrer à la stratégie les différentes relations entre les acteurs. Le BSC est un modèle multidimensionnel permettant une prise en compte des axes stratégiques (financiers, parties prenantes, processus internes, responsabilité sociétale des organisations, apprentissage et innovation) en un seul outil afin d'avoir une ligne directrice. Sa déclinaison opérationnelle offre aux acteurs la possibilité d'analyser les écarts et de les comprendre pour mettre en place un plan d'actions. Le BSC s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et donne l'opportunité de capitaliser les expériences.

Les notions de tableaux de bord et de reporting sont automatiquement associées au métier de contrôleur de gestion mais il convient de comprendre le rôle de chacun de ces outils afin de les utiliser à bon escient. Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs de pilotage, construit de façon périodique, à l'intention du responsable, afin de guider ses décisions et ses actions en vue d'atteindre les objectifs de performances. Alors que le reporting est un ensemble d'indicateurs de résultat, construit a posteriori, de façon périodique, permettant d'informer la hiérarchie des performances d'une unité. En résumé, le tableau de bord est un outil de pilotage et le reporting est un outil de contrôle. Ce dernier a une approche rétrospective, prospective et état des lieux ce qui permet de répondre à trois questions :

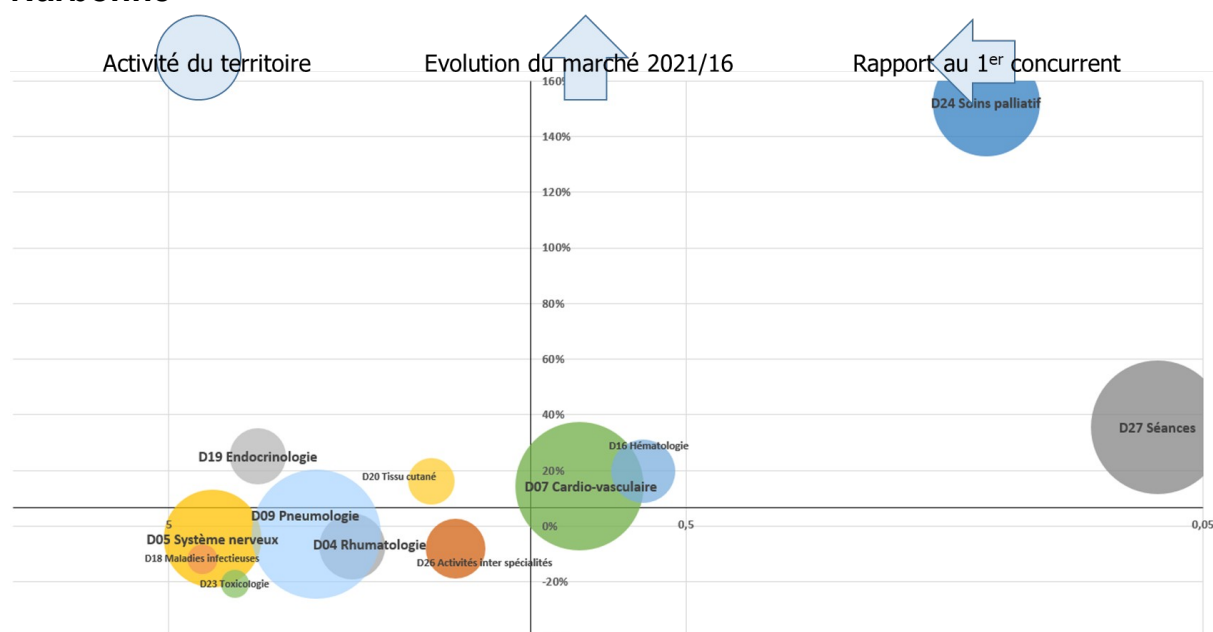
- Que s'est-il passé ?
- Que se passe-t-il ?
- Que va-t'il se passer ?

⁶ De sa traduction française, tableau de bord prospectif ou équilibré, la méthode a été conçue par Robert S. Kaplan et David Norton en 1992.

L'utilisation de la matrice BCG dans le domaine de la santé permet d'évaluer le portefeuille des domaines d'activités stratégiques de l'établissement au regard de son positionnement territorial. Appliquée au secteur de la santé la matrice se décline selon plusieurs niveaux de détails :

- Domaines d'Activité
- Groupes de Planification
- Groupes d'Activité

Illustration 8 : Matrice BCG des activités de Médecine du CH de Narbonne



c) Conduite du changement

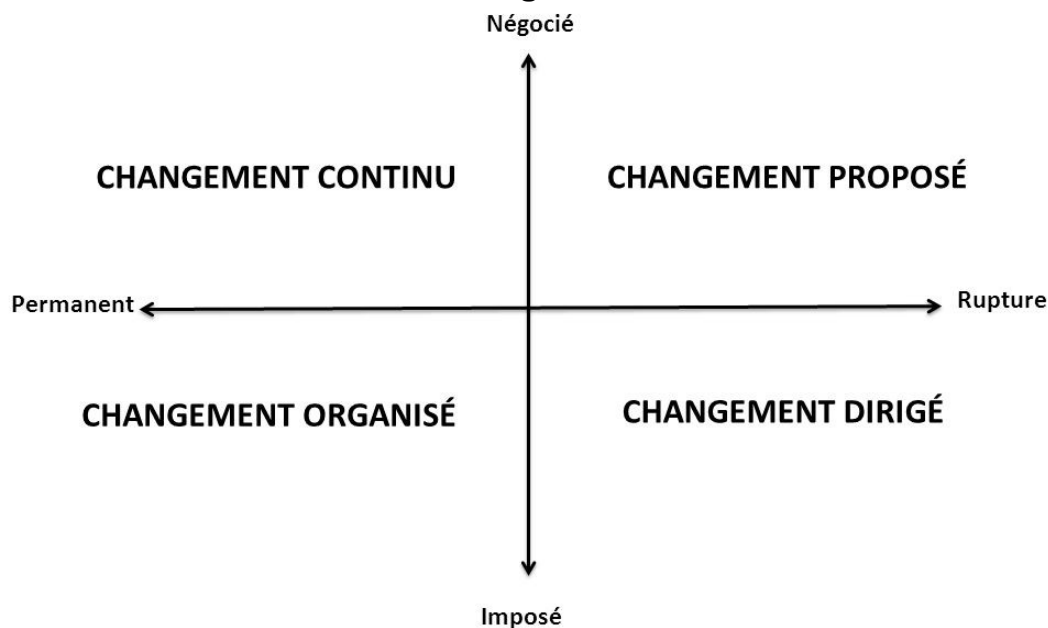
L'arrivée de la T2A a modifié l'organisation des établissements et leur gestion. La notion de rentabilité est corrélée à la prise en charge et à la pathologie du patient. La tarification à l'activité a engendré une rupture des modes de pensées et des approches, un clivage soignant/non-soignant a émergé. **“Le pouvoir médical mandarin n’a pas été remplacé par un pouvoir des soignants plus collectif et plus démocratique, il a été remplacé par le pouvoir administratif, par le pouvoir des industriels et par le pouvoir des financeurs (Sécu et assurances dites complémentaires).”**⁷

⁷ Le Centre Hospitalier de Narbonne et la Clinique Saint Paul en Martinique

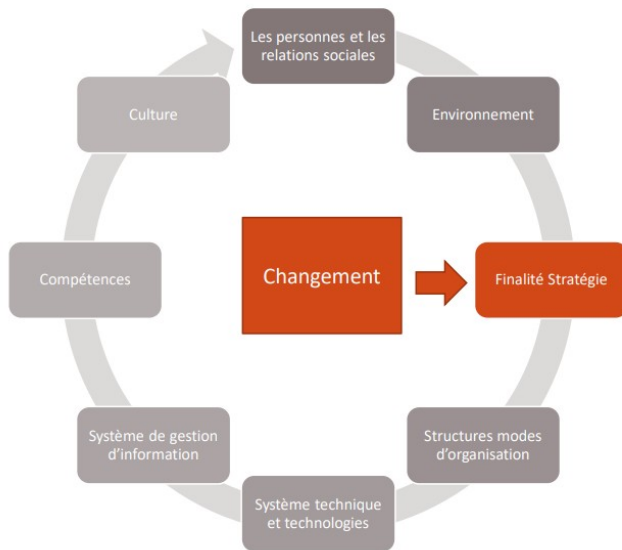
Un changement d'ordre organisationnel est alors imposé aux établissements, l'enjeu de la conduite du changement réside dans la façon de la mener en vue de développer des compétences conduisant l'organisation à une situation perçue comme plus satisfaisante. Les premières questions qui en découlent sont : Pourquoi l'organisation doit-elle changer ? Sur quoi portent les changements ? Comment changer ?

Le changement étant d'ordre dirigé "Il est souvent imposé par l'état d'urgence. L'impulsion est donnée par la direction de manière injonctive sans négociation possible. Rapide, il privilégie l'action à la discussion, l'approche et la stratégie à adopter devront être adaptées.

Illustration 9 : Matrice des changements, David Autissier

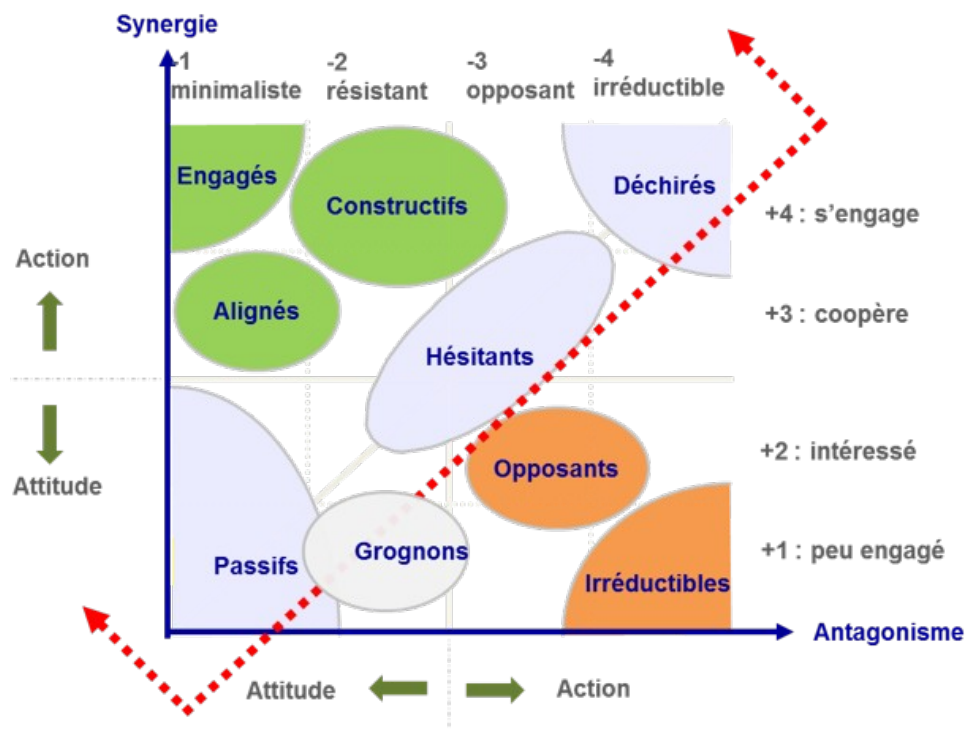


Les dimensions à prendre en compte sont multiples, la principale étant les personnes et les relations sociales, c'est pour cela qu'il convient d'établir une cartographie des acteurs comme le préconise Michel Crozier afin d'identifier les différents jeux d'acteurs. Tout changement doit être mené avec méthodologie et toutes les dimensions sont à prendre en compte.



A chaque étape, les acteurs doivent être identifiés pour adapter la conduite du changement et les amener à l'objectif visé.

Illustration 10 : Jeu d'acteurs selon Michel Crozier



Pour influencer les comportements, la sensibilisation à la culture de gestion semble importante ; la gestion étant éloignée de leur formation initiale mais nécessaire à la compréhension de l'environnement micro et macro dans lequel les acteurs évoluent.

B. La fonction contrôle de gestion

1. Le contrôle de gestion

a) Historique de la fonction

Robert Anthony définit en 1965 le contrôle de gestion comme **“le processus par lequel les managers obtiennent l’assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l’organisation.”**

Puis en 1988, Robert Anthony complète sa définition par : **“Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d’autres membres de l’organisation pour appliquer les stratégies”**

Pour Abdellatif Khemakhem (1984), **“Le contrôle de gestion est le processus mis en œuvre au sein d’une entité économique pour s’assurer d’une mobilisation efficace et permanente des énergies et des ressources en vue d’atteindre l’objectif que vise cette entité”**.

Henri Bouquin définit **“Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d’autres membres de l’organisation pour appliquer les stratégies”**

Contrairement à la comptabilité, le contrôle de gestion s’affranchit des règles juridiques et comptables. La liasse fiscale n’englobe pas le contrôle de gestion. Les entreprises ont “quartier libre” en matière de méthodologie, de choix de logiciel et données collectées.

b) Rôle et missions de la fonction contrôle de gestion

(1) Des missions techniques

Au niveau de la mission d’ordre technique, le contrôleur de gestion construit des tableaux de bord permettant un état des lieux au fil de l’eau en ce qui concerne le suivi de l’activité médicale, des dépenses et des recettes. A ce niveau, son rôle premier est de fournir des chiffres issus du système d’information. Les compétences techniques en termes de requêtage sont essentielles pour extraire les données brutes et les transformer en informations.

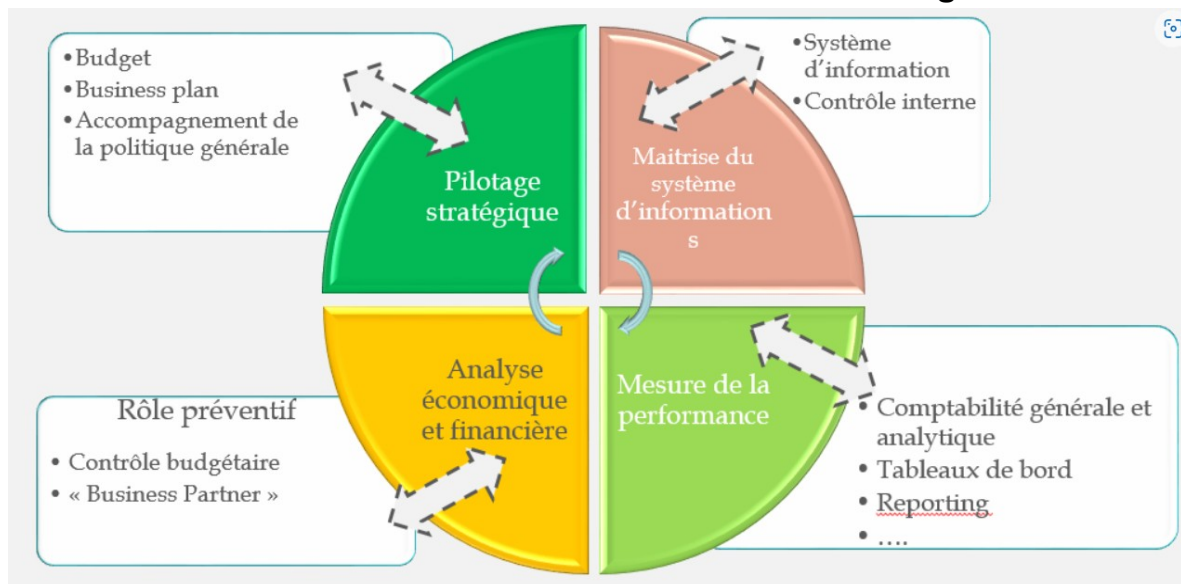
(2) Des missions stratégiques

Aujourd'hui, le métier et le rôle du contrôle de gestion ne se limite plus à la production et à la communication de données mais à un suivi régulier de toutes les dimensions de la performance et accompagner au processus de prise de décision dans les choix stratégiques et opérationnels. Le contrôleur de gestion émet des reporting sur lesquels vont s'appuyer les parties prenantes pour ajuster leurs choix stratégiques.

(3) Des missions pédagogiques

Le contrôleur de gestion a une mission d'accompagnement au sein des pôles où il occupe un rôle de consultant interne. Le contrôleur présente les études de données territoriales, les données d'activité et le benchmark pour les établissements comparables. Il anime le dialogue de gestion et accompagne les pôles dans les projets structurants de l'établissement. Grand communicant, il aide à la décision et a une mission de conseil quant aux orientations et propose un plan d'action adapté.

Illustration 11 : Ensemble des missions du contrôleur de gestion



La mise en place de la T2A dès 2004 confère aux contrôleurs de gestion des établissements de santé une attribution nouvelle : **“assurer une véritable fonction support en matière de mesure et de pilotage de la performance pour et dans les pôles”**

L'apparition des pôles d'activité au sein des établissements publics de santé place la direction des affaires financières au centre des relations de gestion avec ses parties prenantes internes. Les contrôleurs de gestion depuis la mise en place de la T2A sont désormais **“chargés d'accompagner au mieux les chefs de pôles dans leur missions de contrôle et de pilotage de la performance”**.

Les deux missions des contrôleurs de gestion sont dans un premier temps d'effectuer un suivi des activités : regroupement d'informations d'ordre qualitatives comme le degré de satisfaction des patients ou le temps d'attente et quantitatives : nombre de prise en charge et valorisation des séjours. Puis, effectuer un contrôle de la performance financière. Le contrôle de gestion assure **“une véritable fonction support en matière de mesure et de pilotage de la performance pour et dans les pôles”**.

Les pôles apparaissent comme des unités opérationnelles indépendantes. Dans sa mission de contrôle de la performance, le contrôle de gestion réalise **“une mesure ponctuelle des réalisations pour chaque pôle d'activité dans un compte de résultat analytique (CREA)”**.

c) Image renvoyée par le contrôleur de gestion et sa fonction

Le contrôleur de gestion est bien souvent perçu comme celui qui “contrôle”, qui “vérifie”.

Si l'on s'attarde sur l'étymologie du mot, le contrôle est la contraction pour “contre”, “rôle”. Le contrôle renvoie à l'inspection. Celui qui vient vérifier si j'ai été un bon élève ! Cette image qui lui colle à la peau. En anglais “control” a une signification et une perception bien différente du français. “Control” fait référence au pilotage, au management, et à la maîtrise. La traduction française du mot à une perception et une représentation plus négative.

Le contrôleur est aussi perçu comme celui qui produit des chiffres :

Un chef de pôle admet que : “les contrôleurs de gestion restent avant tout des gestionnaires auxquels nous faisons appel lorsque nous avons besoin d’informations financières. Ils doivent aujourd’hui être plus présents en amont pour comprendre et intégrer la réalité quotidienne des unités fonctionnelles, services et pôles.”

Le contrôle de gestion est qualifié de “**compteur de haricots**” (**Beard 1994 ; Friedman et Lyne 1997 ; Friedman et Lyne 2001**). La représentation du contrôle de gestion est essentiellement un contrôle des budgets.

Vision anglo saxonne : “**le contrôleur est garant de la fiabilité des données comptables et exerce en quelque sorte une fonction de vigilance financière**”

Lartigau

d) Perspectives pour la fonction contrôle de gestion

(1) La place du contrôle de gestion dans l’organigramme

Illustration 12 : La gouvernance dans la nouvelle organisation d’un hôpital public



La fonction contrôle de gestion subit un renouvellement et doit trouver son positionnement stratégique au sein de l’organisation. Pour que le contrôle de gestion renforce sa place et sa légitimité au sein de l’organisation, il est primordial qu’il devienne un acteur stratégique de premier plan en étant au cœur des directions centrales (systèmes d’informations, finances, DIM) et assurant une présence au sein de la gouvernance polaire. La mobilisation sur des missions d’ordre financier est une entrave et limite à l’aide au pilotage et à la prise de recul nécessaire à la réflexion

stratégique. Il conviendrait de trouver un équilibre et un juste milieu entre la mission de mesure et impulser la pensée stratégique. Il est de la mission de la direction générale d'accompagner sa mise en place au sein de l'établissement en faisant changer les mentalités et le regard des opérationnels sur la fonction. Pour y parvenir, le service doit définir ses axes de travail et être force de proposition en ayant un schéma directeur d'organisation dans le but d'arbitrer lorsque cela est nécessaire.

Selon Lorino, nous pouvons distinguer deux logiques de pilotage, celle de responsabilisation financière et la logique stratégico-opérationnelle. La première s'appuie sur une représentation comptable en centre d'analyse de l'organisation qui est fondée sur la responsabilisation et la délégation. La seconde est plus complexe alliant culture économique et opérationnelle car elle est imbriquée dans le déploiement de la stratégie grâce à l'analyse des relations causes/effets des processus interdépendants.

De par son historique, la fonction contrôle de gestion demeure dans la trajectoire de la direction financière. La question aujourd'hui est de savoir si la fonction doit être centralisée ou décentralisée et de quelle entité doit-elle dépendre.

La refonte des organigrammes des établissements serait une perspective avec le rattachement à chaque pôle d'un contrôleur de gestion et un TIM (Technicien de l'Information Médicale) pour répondre à l'enjeu **“sortir de l'affrontement traditionnel entre les médecins et les administratifs”**.

Néanmoins, une ambiguïté fondamentale réside dans la nécessité de déterminer les clients prioritaires en interne ; les services opérationnels en contact direct avec les contrôleurs ou la direction qui détient le pouvoir et à qui les contrôleurs doivent rendre compte.

Lartigau en 2009 évoque que **“le métier de contrôleur de gestion subit de ce fait une véritable métamorphose : délaissant le rôle de “garde-fou” voire d’“œil de Moscou” qui lui a longtemps été attribué, il devient peu à peu un prestataire de service pour les services opérationnels.”**

(2) La contractualisation interne, un outil d'aide à la décision

Les différentes réformes tarifaires visaient à la maîtrise des dépenses, la médicalisation des budgets grâce au PMSI allait également en ce sens.

“C'est la déconcentration qui a engendré un besoin de contrôle”

La contractualisation interne répond à un besoin de déconcentration de la gestion des établissements de santé en vue de répondre à trois questions :

- Le nouveau modèle de management permet-il d'optimiser l'offre de soins ?
- Permet-il de mieux gérer les ressources ?
- Permet-il de faire progresser la gestion ?

(a) Un outil de dialogue entre Direction et Médecin

L'image du contrat est intéressante pour illustrer le dialogue ou plutôt la négociation entre la direction et les médecins. Le raisonnement à l'échelle du pôle permet de formaliser des objectifs quantitatifs et qualitatifs en tenant compte de l'offre de soins du territoire, le tout en déterminant l'organisation et les ressources nécessaires à leur atteinte. Le chef de pôle à travers son projet médical contribue à la stratégie de l'établissement (veille médicale...) ainsi qu'au management courant (gestion des lits, gestion de l'hospitalisation...). La direction générale quant à elle, veille à l'harmonisation des pratiques au sein de l'établissement et assure le rôle de garant dans les négociations avec les tutelles.

(b) Evolution des pratiques

La contractualisation interne est souvent cantonnée à tort à l'optimisation des ressources disponibles en utilisant des méthodes telles que la mise en commun de protocoles, la polyvalence des agents ou leur mutualisation. Or, “le contrat interne vise à faire progresser le dialogue de gestion”. En effet, la diffusion et le partage de la culture de gestion au sein de l'établissement doit soutenir la pertinence des données.

(c) Posture et légitimité du contrôleur

L'application de la contractualisation interne aux hôpitaux peut contribuer à les éloigner du modèle de la bureaucratie professionnelle à celui de l'entreprise divisionnelle selon la typologie d'Henry Mintzberg. La seconde situation est observable dans les organisations divisées en plusieurs unités et dont les objectifs sont fixés par le sommet stratégique en appui sur le support logistique et la technostructure. Retranscrit à l'hôpital public qui fonctionne déjà selon une gouvernance en pôles assimilables aux unités décrites, cela renforcerait la place du contrôle de gestion.

Aujourd'hui, le but pour le contrôle de gestion est d'**“accompagner les responsables non seulement dans la fixation de leurs objectifs mais également dans leur réalisation”**. Il est primordial de voir naître pour cela une véritable collaboration entre les chefs de pôle et les contrôleurs de gestion au pilotage de la performance. Le BSC (Kaplan et Norton, 1996) ayant pour objectif de **“faciliter la mise en œuvre des objectifs stratégiques au niveau opérationnel”** serait une solution à la question de la collaboration entre les chefs de pôle et les contrôleurs. Cet outil serait sans doute **“au renforcement du pilotage”**.

En 1969 Gerrard évoque que “le contrôleur ne peut plus rester dans sa tour d'ivoire et jeter, selon son bon plaisir, des bribes d'informations à ses collègues de la fabrication, de la vente, de l'ingénierie. Il doit s'insérer comme un membre d'une équipe et reconnaître à chaque instant que son métier ne se justifie que par le service rendu”.

2. Les différents profils de contrôleurs

Dans son article, La fonction contrôle de gestion : proposition d'une typologie, Caroline Lambert définit quatre idéaux type de la fonction contrôle de gestion au regard de la place et du rôle qui lui sont accordés dans les cas qu'elle a choisi d'étudier. A la suite de cette lecture, il nous a semblé intéressant de venir compléter cette typologie avec de profils observés sur le terrain.

a) Typologie selon Caroline Lambert

(1) Le contrôleur Discret

En s'appuyant sur les études de cas, Caroline Lambert assimile la fonction contrôle de gestion discrète aux organisations dont la logique dominante est celle du marketing en raison du marché dans lequel elles évoluent. Innovation et différenciation sont souvent les maîtres mots reléguant les problématiques relevant du contrôle de gestion au second plan. Dans ce contexte, les caractéristiques définissant la fonction discrète sont une faible autorité et un management au niveau local. Les actions qu'elle peut et met en place confortent la position qui lui est accordée. En effet, la relation difficile entre contrôleurs et managers ne permet pas l'émergence de coopération entre les parties et cantonne les premiers à leurs tâches dites "classiques" sans problématisation stratégique leur donnant une image uniquement bureaucratique. Ainsi, une fonction contrôle de gestion discrète permet aux managers de conserver leur réactivité et créativité mais en contrepartie du manque de considération qui leur est accordé, les contrôleurs peuvent dériver vers du contrôle interne ou être démotivés laissant place à une certaine désorganisation d'ordre structurel.

(2) Le contrôleur Garde-fou

Lorsque le contrôle de gestion se rapproche du top management sans avoir davantage d'autorité que dans le cas précédent, on parle de fonction garde-fou. Cette typologie est courante dans les industries lourdes dirigées par des polytechniciens pour lesquels leurs fonctions leur procurent une identité, une reconnaissance et un statut privilégié. A côté de cela, les fonctions support ne connaissent pas le même traitement. Celles-ci font face à une ambiguïté dans la définition de leurs rôles et missions. Sans perception claire et précise des métiers, l'image des stéréotypes est renforcée et se substitue souvent à la réalité observée. En tant que garde-fou, le contrôleur de gestion est encouragé, sans reconnaissance, à la réalisation de ses tâches traditionnelles budgétaires et à la formation des cadres dirigeants. La question de sa légitimité est centrale, car souvent utilisé pour justifier des décisions prises en amont ou sur d'autres critères que ceux exposés par le

contrôle de gestion. Cette utilisation voire manipulation du contrôle de gestion s'inscrit dans un jeu politique où le rôle de chacun sera conditionné aux relations qu'il entretient ainsi qu'à ses expériences.

(3) Le contrôleur Partenaire

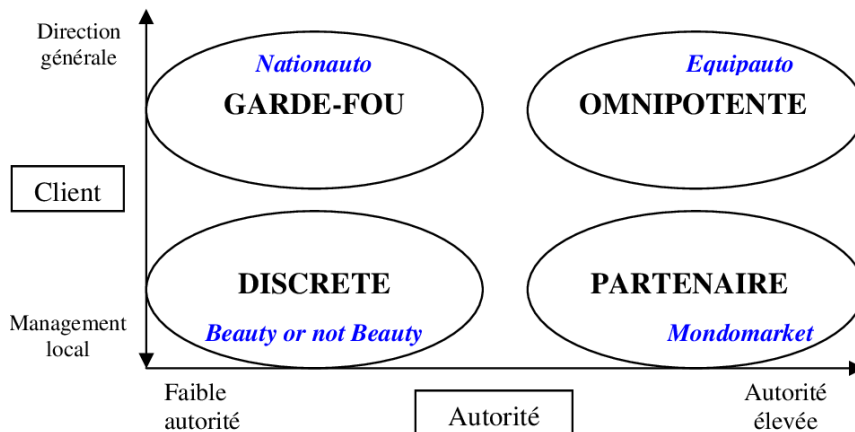
La fonction partenaire ajoute aux problématiques opérationnelles une dimension stratégique. Premièrement, l'intégration du contrôle de gestion au cœur de l'action grâce au partage d'information entre opérationnels et contrôleurs permet un perfectionnement de la modélisation de l'activité. La production d'information à destination du management local qu'il en découle lui est utile et entraîne un sentiment de reconnaissance envers la fonction souvent considérée uniquement comme support. Deuxièmement, dans le cas dépeint, le contrôleur dispose d'un certain niveau d'autorité. Cela lui permettant d'amoinrir son lien de subordination et devenir le copilote stratégique du management opérationnel à travers son expertise de la dimension financière. Toutefois, l'intérêt du rattachement au management local est à nuancer. La redondance des analyses ou les demandes d'ordre opérationnel font également partie du quotidien et vont même parfois emboliser le temps de travail des contrôleurs ne leur laissant plus assez de souplesse pour se pencher sur des questions stratégiques. Le contrôleur partenaire doit mettre son rattachement proche du terrain au bénéfice de son analyse afin d'accompagner au mieux les équipes dans la prise de décision.

(4) Le contrôleur Omnipotent

Avec un niveau d'autorité élevé et la direction générale comme client, la fonction contrôle de gestion est alors omnipotente en vue d'inscrire l'organisation dans la voie politique de la pérennité et du succès. La vision financière court termiste prédomine au sein des entreprises c'est pourquoi le rôle du contrôle de gestion y est renforcé mais doit être guidé par des mécanismes organisationnels. Les tâches traditionnelles de reporting ou suivi budgétaire s'étendent aux demandes d'investissements et notamment à la détermination du pay-back. La logique financière étant centrale, elle confère un pouvoir indéniable aux contrôleurs de gestion qui en sont conscients. Cette responsabilisation peut être positive pour les

personnes qui ont un besoin d'autonomie et/ou de prise de responsabilités. Toutefois, elle s'accompagne d'une certaine pression où la mesure financière est systématique à l'ensemble des décisions, ce qui peut être un frein à l'innovation.

Illustration 13 : Les idéaux types de la fonction contrôle de gestion, selon Caroline Lambert



b) De nouveaux profils à intégrer

Les situations et positions du contrôleur de gestion selon Caroline Lambert mettent la dimension financière au centre de chaque typologie, nous sommes alors en mesure de nous demander ce qu'il en est du reste. Un axe d'amélioration de la présente typologie est son caractère évolutif ; en effet, nous ne pouvons pas être toujours dans la même catégorie. De plus, l'adaptation à la structure dans laquelle nous nous trouvons est primordiale. Assurément, la place qu'occupe le contrôleur de gestion dépend de celle accordée à la technostructure au sens de Mintzberg.

La création ou la définition de nouveaux profils de contrôleurs peut être envisageable, nous imaginons par exemple le contrôleur stratégique ou le contrôleur alibi.

La question qui émane d'une telle typologie est la suivante : existe-t-il un profil idéal ? De prime abord, nous sommes amenés à dire que nous ne sommes pas un type de contrôleur mais l'ensemble des 4 types dans des proportions différentes. Alors est-ce que l'idéal serait de puiser à hauteur de 25% dans chaque modèle ? De notre point de vue, le contrôleur de gestion n'est pas parfaitement équilibré autour des 4 profils car il conserve une certaine appétence dans ses domaines d'expertise.

Un parallèle peut être établi avec le Balanced ScoreCard, un outil multidimensionnel qui tend vers la prise en compte de l'ensemble de la structure ; à savoir, les ressources humaines, les processus, les clients (patients, prescripteurs, tutelles, l'ensemble parties prenantes) et l'aspect financier (ou de performance).

II. Méthodologie

A. Analyse des fuites du territoire en Médecine

L'Article L6111-1 du Code de la Santé Publique stipule que "***Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.***" Dans cette définition, une notion nous semble absente ; celle de territoire. Au-delà des missions de diagnostic et de soins, l'établissement doit répondre aux besoins des populations de sa zone de recrutement. Il devient donc nécessaire de procéder à une étude de son positionnement dans l'offre de soins au regard de la concurrence et/ou de la complémentarité des structures. L'étude de cartographies et la construction de matrices BCG nous ont permis d'étudier le positionnement des Domaines d'Activité du Pôle Médecine du CH de Narbonne, sujet de notre réflexion.

Avant d'entrer à proprement parler dans une analyse d'ordre marketing, il convient de se demander s'il existe un "marché de la santé". En premier lieu, nous observons une constante dans les définitions de l'économie, celle de l'analyse des modes de création de la richesse ainsi que la manière dont celle-ci se répartit. La notion d'économie met en perspective les ressources à disposition qui sont par nature limitées avec les besoins de la société illimités, ce qui renvoie à la recherche de l'optimum. Le lien entre les systèmes économique et de santé n'est plus à établir. Le fonctionnement du système de santé dépend de la production de richesses et le système économique dépend de la bonne santé des acteurs économiques. Si l'on rentre dans un niveau de détail plus fin, une activité économique de prestations de service se compose de producteurs et consommateurs qui échangent à un prix. L'application au domaine de la santé se traduit par la mise en relation des professionnels et établissements de santé avec les patients voire toute la population (en ce qui concerne la prévention) et dont les tarifs des prestations sont fixés. C'est ainsi que l'on peut dire que la santé est une activité économique qui, toutefois,

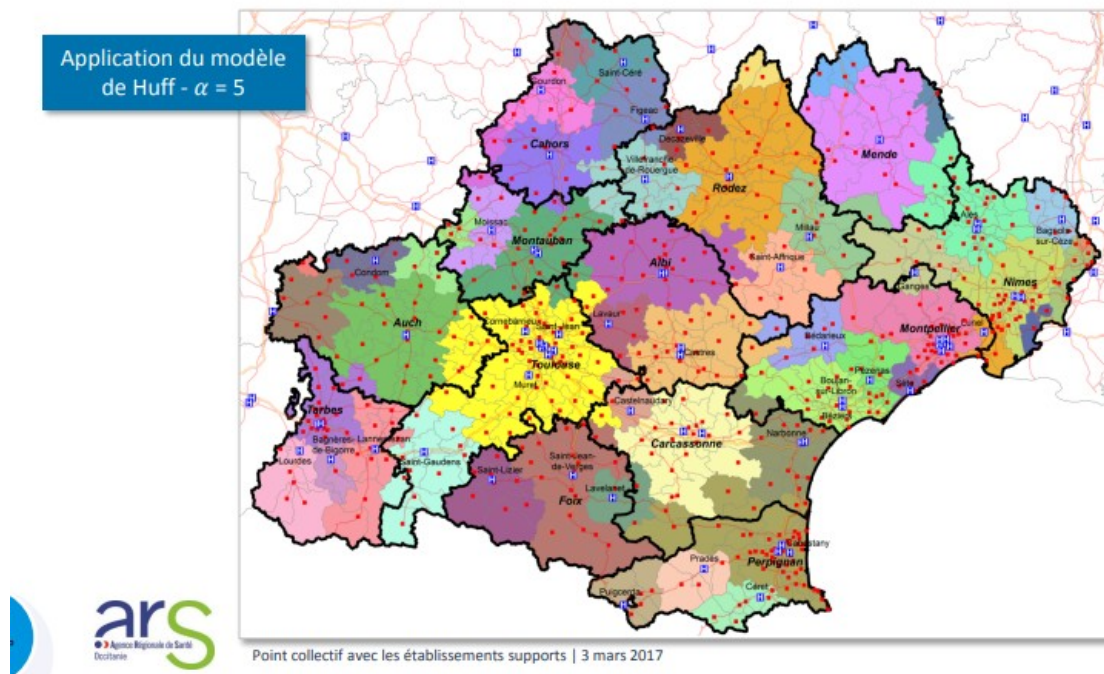
comporte certaines particularités. La nature de la demande est irrégulière et imprévisible lorsqu'elle est associée à un risque vital. L'offre médicale est fondée sur le principe de l'altruisme du médecin sans intérêt du gain. De nombreuses exigences éthiques et morales gravitent autour de la santé en tant que Bien essentiel. Une asymétrie d'information demeure entre le consommateur et le producteur du fait de ses compétences médicales, ce qui peut induire une incertitude sur les produits et/ou l'utilité des actes. Enfin, l'offre est normée interdisant les confrontations sur la qualité. C'est au regard de ces singularités que l'intervention du régulateur se justifie et s'impose dans la relation consommateur-producteur. Les objectifs sont d'assurer une offre satisfaisante et équilibrée budgétairement, garantir l'efficacité des établissements tout en préservant la qualité des soins, et soutenir une équité sociale et géographique dans l'accès aux soins et leurs résultats. L'action du régulateur encadre les prestations de soins à plusieurs niveaux grâce à différents acteurs. L'Etat agit directement au niveau national ainsi qu'aux niveaux régional et local par délégation aux institutions territoriales, tutelles et garants de l'intérêt public. L'action au plus près des territoires est assurée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui définit le Projet Régional de Santé (PRS). Les objectifs généraux et résultats attendus à 10 ans sont déclinés dans le Cadre d'Orientation Stratégique (COS). Concernant les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ceux-ci sont évalués pour une durée de 5 ans dans le Schéma Régional de Santé (SRS). C'est au regard de ce dernier que l'ARS va réguler l'activité des établissements grâce à des outils réglementaires comme les autorisations d'activité. Ainsi, nous comprenons la relation qui sous-tend l'activité d'un établissement au contexte territorial dans lequel il évolue.

Deux notions territoriales s'entendent lorsque nous parlons des établissements de santé. La première est celle du zonage spécifique ARS où en 2017, chacune des 17 agences a défini son zonage d'intérêt. L'Occitanie compte 54 "zones d'influence hospitalière intermédiaires" caractérisées par les codes géographiques PMSI pondérés par la population, le temps d'accès à un service d'urgence et le nombre de séjours MCO par établissement.

Illustration 14 : Carte des pôles de services hospitaliers et zones d'influence d'Occitanie

Les territoires

Pôles de services hospitaliers et zones d'influence : ZIH



La seconde notion couramment employée est celle de la zone de recrutement d'un établissement. L'ATIH la définit comme l'arrondissement autour de l'établissement constitué des codes géographiques des patients qui concourent à représenter 80% de son activité.


Illustration 15 : Liste des codes postaux qui composent la zone de recrutement du CH de Narbonne

		Code géographique			Etablissement			
		Nombre de séjours	Population	Taux d'hospitalisation global (/1000h)	Nb de séjours	Taux d'hospitalisation dans l'établissement (/1000h)	Poids de l'établissement dans le code géographique 2021	Poids de l'établissement dans le code géographique 2020
11100	NARBONNE	18 808	57 621	326,4	7 285	126,4	38,7 %	38,4 %
11200	LÉZIGNAN-CORBIÈRES	9 561	30 176	316,8	2 786	92,3	29,1 %	31,2 %
11120	ARGELIERS	4 652	15 238	305,3	1 406	92,3	30,2 %	31,2 %
11110	COURSAN	4 156	13 287	312,8	1 367	102,9	32,9 %	31,0 %
11590	CUXAC-D'AUDE	3 131	9 548	327,9	1 076	112,7	34,4 %	32,6 %
11C05	SIGEAN/ROQUEFORT-DES-CORBIÈRES	2 172	6 538	332,2	717	109,7	33,0 %	29,8 %
11210	PORT-LA-NOUVELLE	2 043	5 686	359,3	710	124,9	34,8 %	32,6 %
11430	GRUISSAN	2 127	5 044	421,7	561	111,2	26,4 %	27,4 %
11560	FLEURY	1 524	3 801	400,9	417	109,7	27,4 %	27,8 %
34210	OLONZAC	1 801	6 363	283,0	348	54,7	19,3 %	19,6 %
	Total	49 975	153 302	326,0	16 673	108,8	33,4 %	33,4 %

Une fois que les zones sont définies, nous sommes en mesure de les comparer aux codes postaux d'origine des patients soignés dans l'établissement. Étant donné qu'elles sont caractérisées par les lieux de résidence des patients, nous ne remarquons rien d'étonnant en ce qui concerne les principaux flux, 80% de la patientèle vit dans la zone de recrutement. Il convient alors de se poser la question différemment, dans quels établissements sont réalisés l'ensemble des séjours hospitaliers des patients de la zone. Les patients originaires de la zone d'influence hospitalière de Narbonne qui sont hospitalisés hors de ce territoire indiquent la fuite. Nous comptons 3 établissements de santé sur le territoire narbonnais ; le Centre Hospitalier de Narbonne, L'Hôpital Privé du Grand Narbonne (ancienne Polyclinique le Languedoc du groupe Elsan) et le CH de Lézignan. La remontée des données agrégées d'hospitalisation issues du PMSI sur des plateformes dédiées comme ScanSanté nous permet de mesurer objectivement le poids des établissements extérieurs dans la santé des habitants d'un territoire donné. Le tableau ci-dessous indique pour les 3 dernières années pleines le nombre de séjours de Médecine des habitants du territoire narbonnais par établissement. A titre d'illustration, en 2021, les narbonnais ont réalisé 30 620 séjours hospitaliers de Médecine dont 71% ont été effectués au sein des structures du territoire. Par déduction, nous sommes en mesure de dire que le taux de fuite du territoire s'élève à 29%.

Illustration 16 : Parts de marché par établissements, selon le zonage spécifique ARS : Narbonne

Raison sociale	2019		2020		2021		Evolutions 2021/19	
	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Séjours	PDM	Nb séjours	PDM
TERRITOIRE NARBONNAIS	21 710	72%	20 036	72%	21 778	71%	68	0% ↓ -0,6 pts
CH NARBONNE	11 089	36,7%	10 205	36,5%	11 507	37,6%	418	4% ↑ 0,9 pts
POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	9 707	32,1%	9 064	32,4%	9 457	30,9%	-250	-3% ↓ -1,2 pts
CH LEZIGNAN-CORBIERES	914	3,0%	767	2,7%	814	2,7%	-100	-11% ↓ -0,3 pts
FUITE	8 522	28%	7 935	28%	8 842	29%	320	4% ↑ 0,6 pts
CHU MONTPELLIER	2 335	7,7%	1 849	6,6%	2 211	7,2%	-124	-5% ↓ -0,5 pts
CLINIQUE SAINT PIERRE	1 280	4,2%	1 262	4,5%	1 269	4,1%	-11	-1% → -0,1 pts
CH CARCASSONNE	534	1,8%	626	2,2%	757	2,5%	223	42% ↑ 0,7 pts
CH BEZIERS	698	2,3%	622	2,2%	648	2,1%	-50	-7% → -0,2 pts
CH PERPIGNAN	539	1,8%	479	1,7%	639	2,1%	100	19% ↑ 0,3 pts
AUTRES	3 136	10,4%	3 097	11,2%	3 318	10,8%	182	6% ↑ 0,4 pts
Total	30 232	100%	27 971	100%	30 620	100%	388	1%

 Fuite du territoire

Après avoir énoncé et défini la notion de fuite, nous nous accordons à la décliner par destination et activité afin d'entrer dans un niveau de détail plus fin.

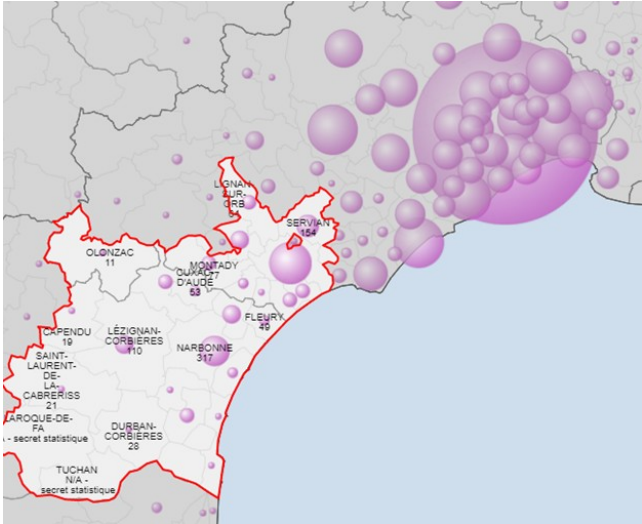
1. Fuites par destinations

Les fuites s'analysent dans un premier temps au regard de la destination des patients narbonnais. Ainsi, une fois l'établissement choisi, nous pouvons visualiser l'origine des patients des séjours qui constituent son case-mix. Étant dans l'analyse des fuites du territoire narbonnais au sens du CH, nous délimitons sa zone de recrutement afin de mettre en exergue les séjours du territoire réalisés à l'extérieur. Les cartographies qui suivent présentent pour les 5 structures issues du tableau précédent, l'origine de l'ensemble des patients hospitalisés en son sein et donc par ricochet ceux résidant sur le territoire narbonnais.

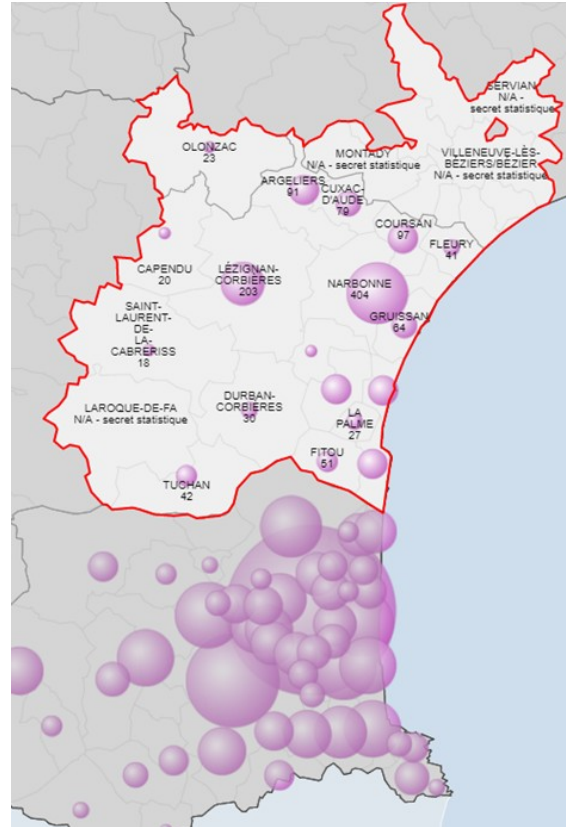
Au regard du seul prisme de la destination, les fuites concordent avec les localisations géographiques des établissements. Les fuites à destination du CHU de Montpellier concernent les patients originaires du nord du département audois ainsi que les héraultais proche de la frontière de l'Aude. Plus au sud, à Perpignan, la Clinique Saint Pierre et dans une moindre mesure le CH hospitalisent des habitants du narbonnais issus de la côte est du département. Les fuites vers le CH de Carcassonne sont localisées autour de la région lézignanaise en raison de sa proximité géographique. Enfin, la même remarque peut être faite au sujet du CH de Béziers qui attire les patients du narbonnais qui résident aux abords de la limite départementale.

Illustrations 17 : Fuites du territoire narbonnais vers les autres établissements de la région

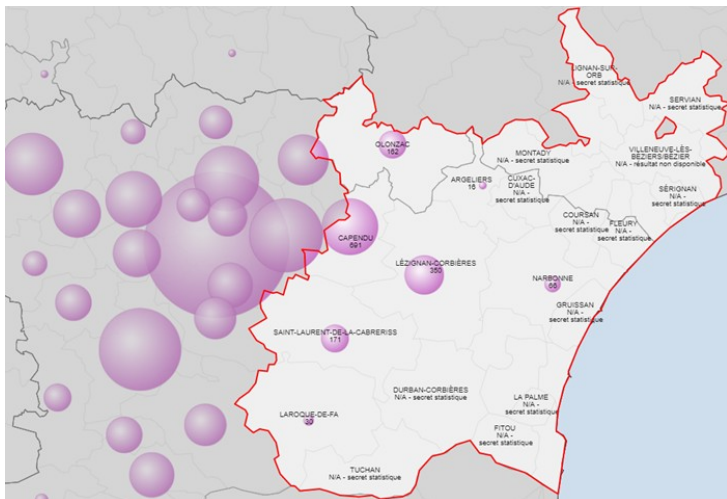
CHU Montpellier : 1 849 séjours



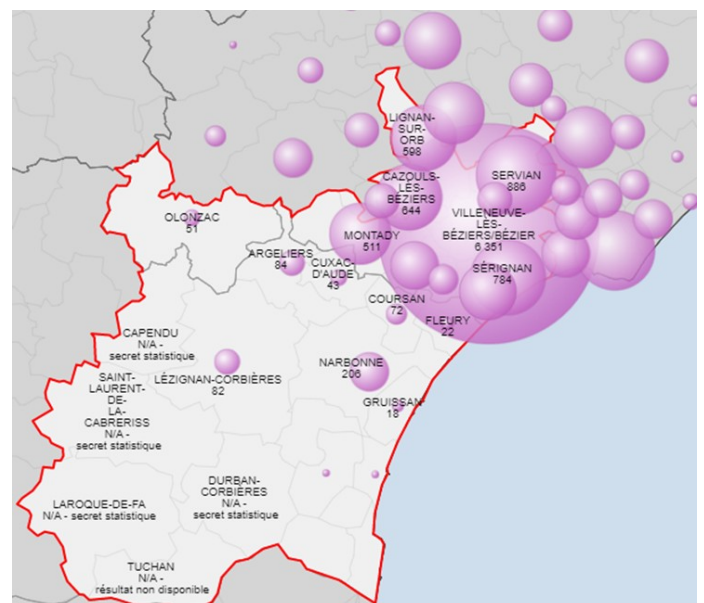
Clinique Saint-Pierre : 1 262 séjours



CH Carcassonne : 626 séjours

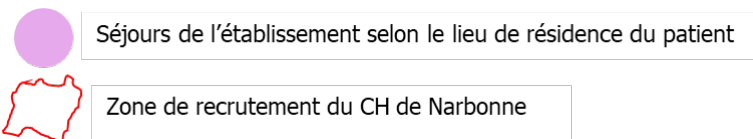
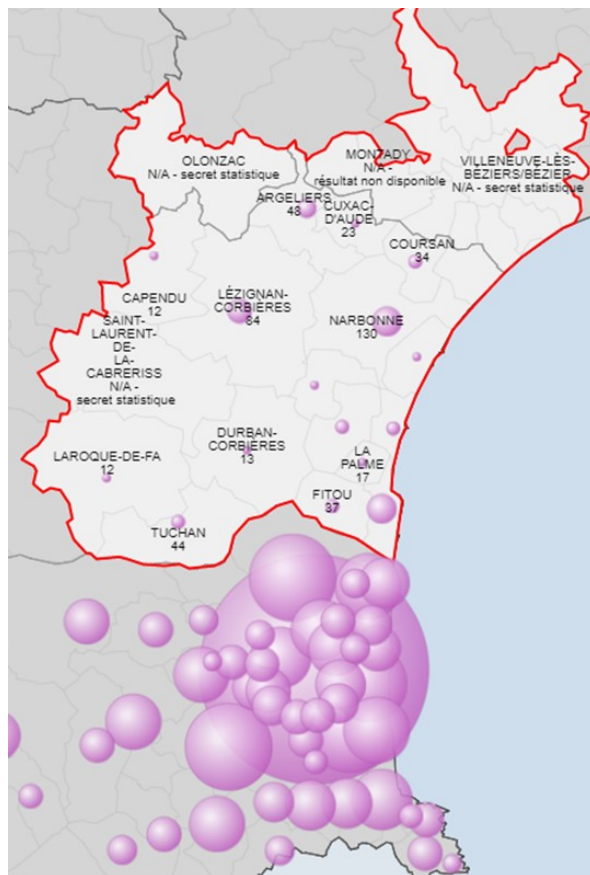


CH Béziers : 622 séjours



CH Perpignan : 479 séjours

Légende :



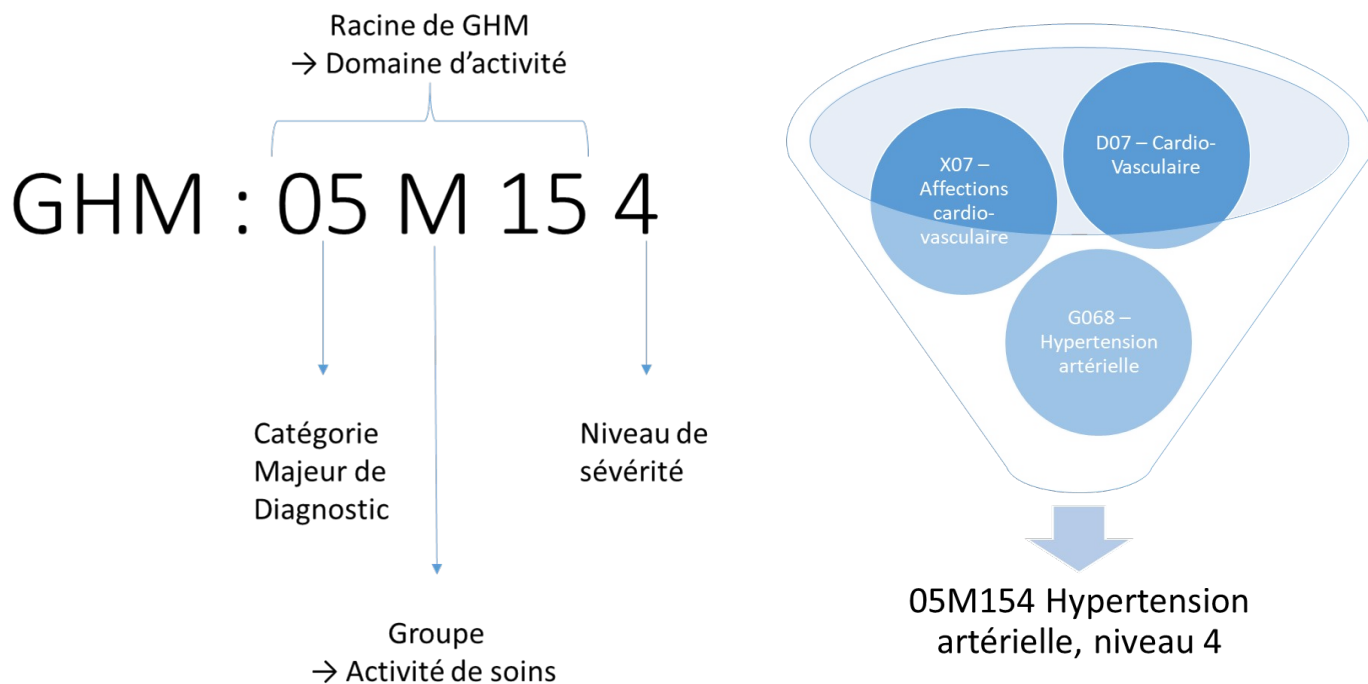
Données 2020 issues de ScanSanté

2. Fuites par Domaines d'Activité

Une fois les fuites déclinées par destinations, attachons-nous à identifier les activités pour lesquelles elles sont effectuées et ainsi comprendre pourquoi.

En premier lieu nous sommes amenés à nous interroger sur le degré de finesse d'identification des activités qui nous intéresse. Pour ce faire, plusieurs niveaux d'agrégat d'activité existent. Le premier et le plus général est l'Activité de Soins (CAS) qui correspond au code de chaque GHM avec M pour Médecine, C pour Chirurgie et O pour Obstétrique. Le niveau suivant est la Catégorie d'Activité de Soin (CAS) qui se base sur le 3ème caractère du GHM et la durée de séjour permettant d'obtenir 10 groupes représentatifs de l'activité. Dans les pratiques au CH de Narbonne, cet agrégat n'est que peu utilisé. L'ATIH regroupe les racines de GHM en Domaines d'Activité ce qui rend la case-mix plus lisible. Dans une démarche en entonnoir, nous comptons 83 Groupes de Planification et 217 Groupes d'Activité qui en découlent.

Illustration 18 : Exemple avec un GHM



S'agissant d'une première étude des fuites de Médecine du territoire, le découpage en Domaine d'Activité nous a semblé pertinent. En combinant les activités et les destinations nous parvenons à établir une meilleure analyse des fuites.

Illustration 19 : Fuites du territoire narbonnais par Domaines d'Activité et destinations

Domaines d'Activité	CHU MONTPELLIER		CLINIQUE SAINT PIERRE		CH CARCASSONNE		CH BEZIERS		CH PERPIGNAN		AUTRES		Total
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	138	8%	949	56%	56	3%	204	12%	170	10%	192	11%	1 709
Cardio-vasculaire	175	16%	262	24%	84	8%	181	16%	81	7%	324	29%	1 107
Système nerveux	308	32%			61	6%	24	2%	61	6%	523	54%	977
Activités inter spécialités	231	24%	79	8%	28	3%	71	7%	26	3%	538	55%	973
Pneumologie	170	29%	25	4%	67	11%	74	13%	33	6%	222	38%	591
Rhumatologie	143	40%			41	12%	5	1%	5	1%	160	45%	354
Endocrinologie	102	35%			16	6%	23	8%	19	7%	129	45%	289
Tissu cutané et tissu sous-cutané	65	24%			17	6%		0%	11	4%	175	65%	268
Hématologie	101	38%			23	9%	19	7%	11	4%	110	42%	264
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	30	19%									125	81%	155
Toxicologie, Intoxications, Alcool	17	20%			19	23%					48	57%	84
Maladies infectieuses (dont VIH)	5	7%					11	16%	13	19%	40	58%	69
Brûlures	14	74%									5	26%	19
Total général	1 499	22%	1 315	19%	412	6%	612	9%	430	6%	2 591	38%	6 859

Exemple de lecture : 56% des séjours des narbonnais du DA "Cathétérismes vasculaires" qui ne sont pas traités sur le territoire sont faits à la Clinique Saint Pierre.

Le tableau ci-dessus nous oblige à nous poser la question suivante : concurrence ou complémentarité entre les structures ? Et ce à plusieurs niveaux, faut-il que le CH de Narbonne et l'HPGN soient complémentaires sur certaines pathologies pour que les patients restent sur le territoire et qu'ainsi leurs parcours de soins soient facilités ? Par exemple, au regard de la place qu'occupe la Clinique Saint Pierre dans les cathétérismes vasculaires, ne serait-il pas envisageable de développer cette activité au sein d'un des établissements du territoire afin de limiter les temps de déplacement des patients, de permettre un suivi de la pathologie à proximité de son lieu de résidence, d'être plus réactif en cas de venues aux urgences... Toutefois, avec un CHU à moins de 100 km il reste évident que certaines prises en charges en relèvent en raison de leurs complexités ou raretés.

Complétée par la matrice BCG des activités du pôle Médecine du CH de Narbonne, cette étude permet d'identifier les activités à développer sur le territoire et au sein du CH de Narbonne. En marketing, la matrice BCG permet d'évaluer un portefeuille d'activités en fonction de l'évolution du marché et du rapport de l'entreprise à son premier concurrent. C'est ainsi que 4 zones se définissent :

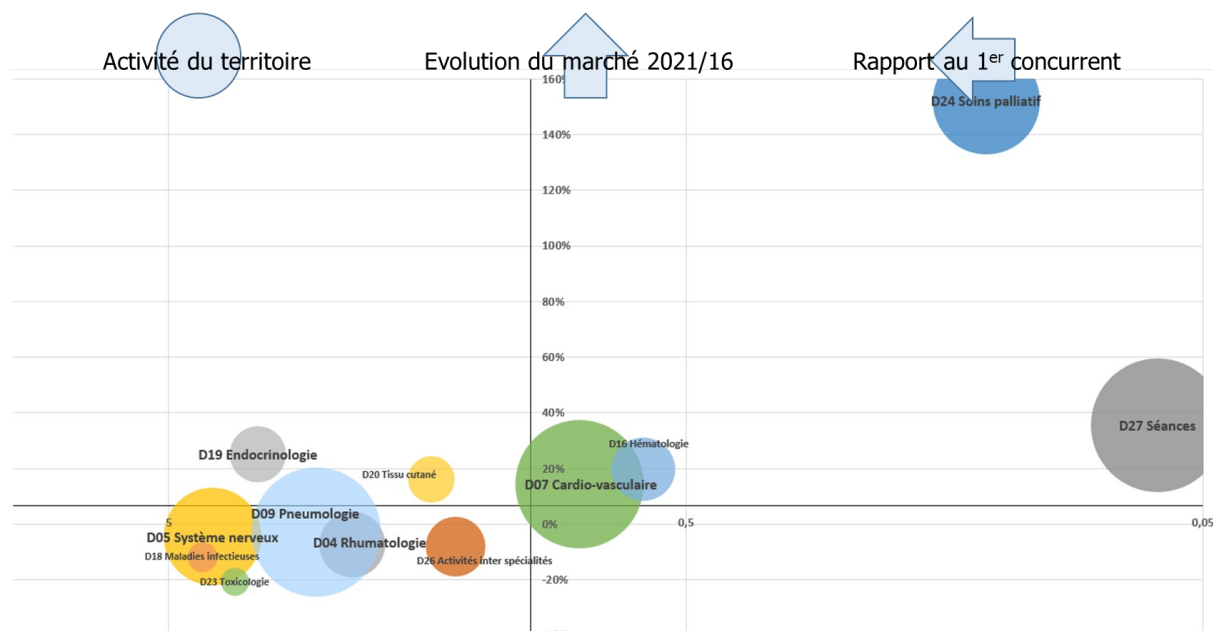
- Les produits "dilemmes" sont à la croisée d'une forte croissance et d'une forte concurrence, si l'on peut le dire ainsi. Dans notre cas, il s'agit des soins palliatifs et séances et dans une autre mesure le domaine cardio-vasculaire. Concernant les premiers, l'activité est installée depuis la fin d'année 2019 et est fortement corrélée à la suivante (séances) pour laquelle le CH est absent. En matière de cardio-vasculaire, l'activité est dense et partagée entre les deux structures principales du territoire (le CH et l'HPGN) ; en rentrant dans le détail par Groupes de planification, nous pouvons observer la complémentarité et la concurrence des structures. Par exemple, le CH est absent sur les "explorations et surveillances pour affections circulatoires" ce qui illustre la complémentarité ; en matière de concurrence, tous deux prennent en charge les "cardiopathies, valvulopathies".
- Les produits dits "vedettes" sont en croissance et la structure observée est leader sur le marché. Adapté au CH, il s'agit des activités sur lesquelles un

intérêt particulier doit être porté du fait d'une certaine maîtrise déjà effective et d'un besoin de soins dans ces spécialités.

- Les produits qualifiés de "vaches à lait" ne sont plus en croissance voire même en déclin tout comme les produits que l'on retrouve en "poids morts". La décision d'abandonner l'activité n'est pas toujours celle à prendre car en effet, elle répond à un besoin ce qui est d'autant plus prégnant dans le champ sanitaire.

Le passage d'une catégorie à l'autre s'apparente au cycle de vie du produit.

Illustration 20 : Matrice BCG des activités de Médecine du CH de Narbonne



En effet, comme vu précédemment, nous pouvons identifier les activités pour lesquelles les patients quittent le territoire. En y associant la matrice BCG, nous pouvons identifier la position du CH de Narbonne au regard de celui de l'HPGN et ainsi déterminer les spécialités qui font déjà l'objet d'une certaine maîtrise et dont les filières pourraient être développées.

B. Problématique des DMS en Médecine au regard de la rentabilité dans une clinique privée cas de la Clinique Saint-Paul, Martinique

1. DMS établissement vs IPDMS

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été mis en place progressivement dans les années 1990 à l'initiative de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les données en provenance du PMSI sont transmises à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour l'élaboration des analyses médico-économiques et la production de statistiques.

Depuis 1997 le PMSI MCO collecte pour tous les séjours des informations sur le patient (âge, sexe, lieu de résidence...), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés lors de l'hospitalisation. Chaque séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM).

La mise en place de la T2A a fait des durées d'hospitalisation un indicateur de performance des établissements de santé qui se mesure avec l'indice de performance de la durée moyenne de séjour IP_DMS. Une augmentation des durées de séjour implique une augmentation des coûts sans pour cela augmenter le financement du séjour basé sur le GHS. Selon l'ATIH, ***“l'IP_DMS correspond à la division du nombre de journées de l'établissement par le nombre de journées théoriques pour le périmètre considéré. Le nombre de journées théoriques est calculé par l'Atih en faisant la somme, pour tous les GHM de l'établissement, du nombre de séjours du GHM multiplié par la DMS nationale du GHM”***.

L'IP_DMS peut s'écrire sous cette forme

$$IP_DMS = \frac{n_{jour_obs}}{n_{jour_théo}} = \frac{n_{jour_obs}}{\sum_{i=1}^k (n_i \times DMSnat_i)}$$

“Soit n_{jour_obs} le nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans l'établissement et $n_{jour_théo}$ le nombre de journées théoriques ; n_i et $DMSnat_i$ correspondent respectivement au nombre de séjours dans l'établissement et à la DMS nationale du ième GHM réalisé par l'établissement”

Un IP_DMS supérieur à 1 signifie que l'établissement a des durées de séjour en moyenne supérieures à la moyenne des établissements en France. Si l'IP_DMS est inférieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne moins longues que la moyenne des établissements .

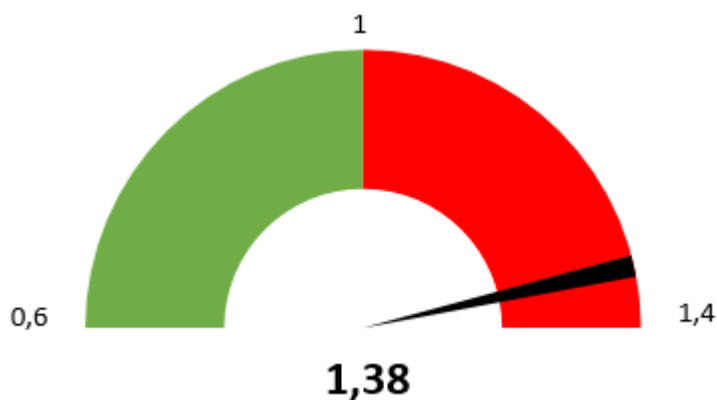
Il a été constaté au sein du service de Médecine de la Clinique Saint Paul qu'un certain nombre de séjours présentent une DMS supérieure à la moyenne nationale.

Une étude a été menée afin de comprendre la raison d'une DMS supérieure à la moyenne, évaluer les pratiques et de réfléchir avec les soignants à une optimisation des séjours, la performance étant un enjeu majeur pour un établissement à but lucratif.

Nous avons étudié l'IP_DMS du service de médecine polyvalente de la clinique Saint Paul par le biais d'un audit interne en novembre 2021.

En 2021, entre le 01/01/2021 et le 31/05/2021, la DMS des patients hospitalisés en médecine polyvalente était de 14,2 jours.

Illustration 22 : Jauge représentant l'IPDM de médecine 2020



Cette étude nous a permis de constater un IP_DMS > 1.

Nous avons alors tenté de comprendre ce résultat, les objectifs étaient : de nous assurer de l'adéquation de la prise en charge des patients de médecine, d'améliorer les durées de séjours (analyser les séjours clôturés, les durées de séjours, le contenu du dossier patient, observer la concordance entre le niveau de sévérité et la DMA, les orientations possibles).

Le but de l'étude est d'arriver à terme à un IP_DMS médecine = 1

Pour comprendre la DMS du service de médecine, une étude terrain s'est avérée nécessaire. Une réunion a été organisée avec le référent des soins et un médecin généraliste du service. Nous avons fait remonter à l'équipe soignante des difficultés rencontrées par le service PMSI lors du codage des dossiers (manque d'exhaustivité des informations médicales relatives aux séjours des patients). Lors de la réunion, nous avons constaté que les équipes étaient peu au fait de l'impact de la DMS sur la performance de l'établissement; la DMS pour un soignant n'étant pas une préoccupation première. Il est également important de noter que les patients hospitalisés en Médecine Polyvalente proviennent des "lits de porte" du CHU de la Martinique. Le CHU pour désengorger les urgences adressent les patients à la clinique. De ce fait, la phase de pré-admission est inexistante, les patients sont admis dans le service sans que la clinique connaisse véritablement l'état de santé du patient, nous ne sommes pas dans le cadre d'une hospitalisation programmée.

L'hospitalisation non programmée impose à l'établissement un flux de patient dont la pathologie n'est parfois pas en adéquation avec une prise en charge au sein d'un service de médecine et le dossier médical parfois 'light' demande à la clinique d'effectuer des analyses à l'entrée ce qui allonge inévitablement la DMS.

Afin d'accompagner l'équipe pluridisciplinaire à l'atteinte de l'objectif, un plan d'action a été décidé de façon collégiale :

1) Un suivi de patients présents.

Il s'agit de prévoir pour chaque patient entrant la date et les modalités de sortie à J+8 (rôle attribué au référent des soins). Avoir une vision du séjour depuis l'entrée et mettre en place des actions en vue de sa sortie. L'ensemble des étapes du parcours patient doit être connu des équipes et suivre un protocole.

2) La mise en place d'une réunion hebdomadaire composée de médecins et de l'équipe paramédicale.

L'objectif de la réunion est de faire le point sur la prise en charge des patients et rechercher d'éventuelles cotations des CMA pouvant justifier la lourdeur des patients et un dépassement de la durée de séjour. La date prévisionnelle de sortie en fonction des CMA est alors modifiée.

L'équipe pourra anticiper les besoins d'admission en HAD ou en moyen séjour SSR, USLD, EHPAD pour éviter l'attente d'une place sur un lit de court séjour.

Une formation sera à prévoir pour l'amélioration de la qualité de l'information du dossier de soins.

3) Revoir l'organisation médicale

Une proposition de planning prenant en compte les besoins des patients et la contrainte de l'équipe médicale est à travailler – La trame de planning actuelle ne paraît pas optimale et nécessiterait une actualisation compte tenu de l'évolution du nombre de lits et du départ d'un médecin.

4) Définir des modalités de prise en charge des patients COVID

Un accueil en lit de médecine pendant la phase aigüe (moyenne de 6 à 8 jours pour des patients ayant peu de comorbidités) puis transfert en SSR pneumo pour la phase de consolidation, rééducation et réadaptation. Le circuit est à finaliser avec l'équipe médicale.

5) Prise en charge des patients non-Covid

Rencontre à programmer avec le médecin chargé du service SSR pour faciliter les admissions en SSR Polyvalent sur le site de Clairière des patients en provenance de la Médecine polyvalente. Le praticien souligne la nécessité que les effectifs paramédicaux de SSR soient compatibles avec la prise en charge des patients, notamment la nuit.

Intérêt de rencontrer le service d'HAD pour améliorer la PEC et fluidifier la trajectoire de soins des patients. Formaliser une convention de coopération médicale avec l'HAD.

Le praticien de la médecine polyvalente évoque le nombre important de patients accueillis en soins palliatifs.

Une quantification de cette activité paraît nécessaire, en fonction des résultats et des compétences disponibles (DU Soins palliatifs ?), une reconnaissance tarifaire ou autorisation spécifique pourra être sollicitée auprès de l'ARS.

6.) Diversifier le recrutement

Afin de limiter la dépendance de l'activité du service de médecine aux mutations en provenance du CHU, il est nécessaire d'élargir le recrutement. Définir un projet de courriel d'information à l'attention des médecins généralistes libéraux pour les informer de la possibilité d'accueil des patients en service de médecine polyvalente avec modalités d'admission.

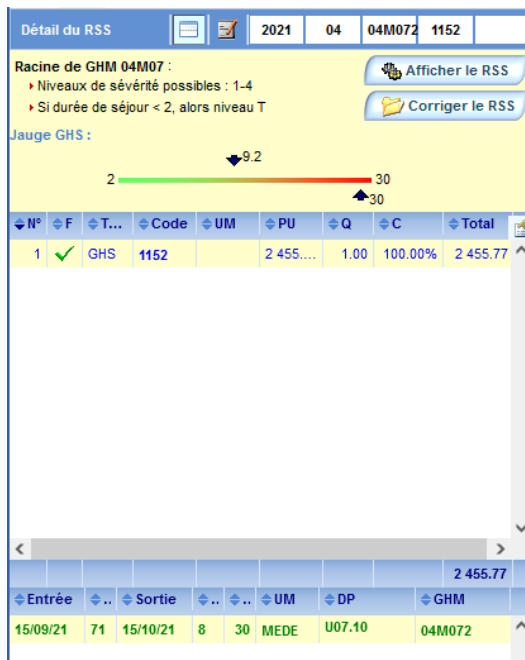
2. Comparaison des rentabilités selon la durée des séjours

L'instauration de « bornes hautes » et « bornes basses » dans les GHS vise à éviter le sous-financement des bornes basses et à ne pas pénaliser les établissements ayant une DMS longue ou à inciter les établissements à l'externalisation des patients.

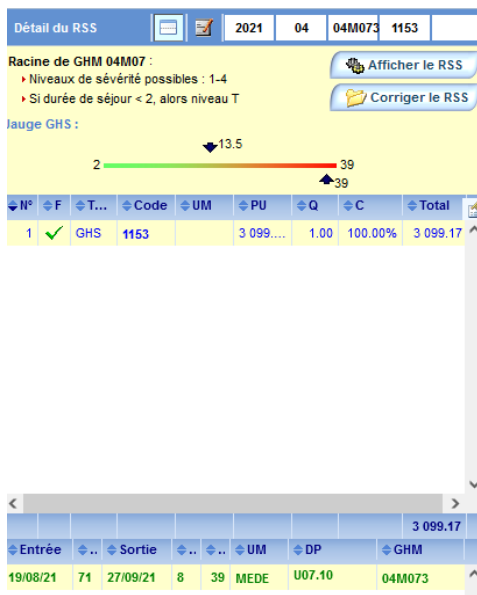
Quand un séjour dans un GHS donné n'atteint pas un nombre de jours minimum fixé par arrêté, un "EXB" est déclenché pour financer l'établissement. A contrario, lorsque le séjour dépasse un nombre de jours maximum fixé par arrêté, un "EXH" rémunère chaque jour d'hospitalisation du patient au-delà du nombre de jours maximum fixé pour ce GHS. Il s'agit d'un montant fixe par jour supplémentaire.

L'étude démontre parfois quelques incohérences entre codage, DMS et prise en charge. En effet, le niveau de sévérité (allant de 1 à 4) peut être de niveau 2 avec une DMS 30 jours pour une DMS pour un GHS de 9.2 jours

Dans le cas présent, il faudrait étudier les possibilités de passage en niveau 3 ou 4 car la DMS semble trop longue pour niveau de type 2.



La question de la rentabilité des séjours se pose car dans un autre exemple, nous pouvons constater un dossier pour lequel la DMS s'élève à 39 jours, le patient apparaît en niveau 3. La DMS pour ce GHS codé est de 13.5 jours et le montant du GHS s'élève à 3099.17 euros.



Exemple de dossier avec une DMS 33 jours pour un patient de niveau 3. La DMS pour ce GHS s'élève à 14 jours. La borne haute étant dépassée, il y a un déclenchement d'un EXH pour 19 jours d'hospitalisation afin de ne pas pénaliser l'établissement.

RUM RSS CQ Notes

Détail du RSS 2021 06 06M123 2174

Racine de GHM 06M12 :

- Niveaux de sévérité possibles : 1-4
- Si age > 69 et niveau < 3, alors niveau + 1
- Si durée de séjour < 2, alors niveau T

Afficher le RSS

Corriger le RSS

Jauge GHS :

2 7.7 14 33

N°	F	T...	Code	UM	PU	Q	C	Total
1	✓	GHS	2174		1 798....	1.00	100.00%	1 798.63
2		EXH	2174		176.24	19.00	100.00%	3 348.56

5 147.19

Entrée	Sortie	UM	DP	GHM
20/08/21	71 22/09/21	8 33 MEDE	R10.4	06M123

Nous allons terminer avec ce dernier exemple : une DMS de 44 jours pour un patient de niveau 2. La DMS pour ce GHS est de 9.2 jours. Un EXH pour 14 jours est alors déclenché. Nous constatons un dépassement de la borne haute fixée à 30 jours. Un passage en niveau 3 ou 4 n'aurait-il pas été plus cohérent? La piste du transfert en SSR a-t-elle été explorée ?

RUM RSS CQ Notes

Détail du RSS 2021 04 04M072 1152

Racine de GHM 04M07 :

- Niveaux de sévérité possibles : 1-4
- Si durée de séjour < 2, alors niveau T

Afficher le RSS

Corriger le RSS

Jauge GHS :

2 9.2 30 44

N°	F	T...	Code	UM	PU	Q	C	Total
1	✓	GHS	1152		2 455....	1.00	100.00%	2 455.77
2		EXH	1152		69.36	14.00	100.00%	971.04

3 426.81

Entrée	Sortie	UM	DP	GHM
01/09/21	71 15/10/21	72 44 MEDE	U07.10	04M072

III. Résultats et discussions

En effet, pour analyser nos situations professionnelles au regard de la littérature, nous nous sommes appuyées sur les hypothèses d'Armelle Godener et Mariana Fornerino mettant en avant l'interdépendance existante entre le manager et le contrôleur de gestion.

Les 5 hypothèses suivantes mettent en évidence et expliquent l'importance de la relation entre le manager et le contrôleur pour arriver à une utilisation pertinente de la donnée.

Hypothèse 1 : "Plus la contribution du manager au contrôle de gestion est importante, plus la pertinence des informations émises par le contrôleur de gestion est élevée."

Le manager détient les informations émanant du terrain par sa proximité et ses connaissances techniques, il est le mieux placé pour apporter des informations qualitatives et/ou quantitatives au contrôleur de gestion. Son implication est essentielle pour la pertinence des informations communiquées par le contrôleur de gestion.

Hypothèse 2 : "Plus la pertinence des informations émises par le contrôleur de gestion est forte, plus l'utilisation de ces informations par le manager est importante." Les informations communiquées au manager par le contrôleur permettent une prise de recul. Le terme "prendre de la hauteur" prend tout son sens, il est parfois peu évident pour le manager d'avoir ce temps lui permettant d'analyser les données car souvent happé par le quotidien. Les informations dont le manager aura besoin devront lui permettre d'avoir un état des lieux rapide de son activité pour lui permettre d'analyser les données et apporter une explication aux choix, décisions prises au niveau du terrain. Les données communiquées par le contrôleur de gestion doivent être transformées en information pour aider à la prise de décision.

Hypothèse 3 : “La pertinence des informations émises par le contrôleur de gestion est une variable médiatrice de l’impact de la contribution du manager sur l’utilisation qu’il fait de ces informations.”

“La variable médiatrice est une variable intermédiaire expliquant la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante”

Hypothèse 4 : “Plus le degré d’utilisation par le manager des informations émises par le contrôle de gestion est important, plus la performance managériale est forte.”

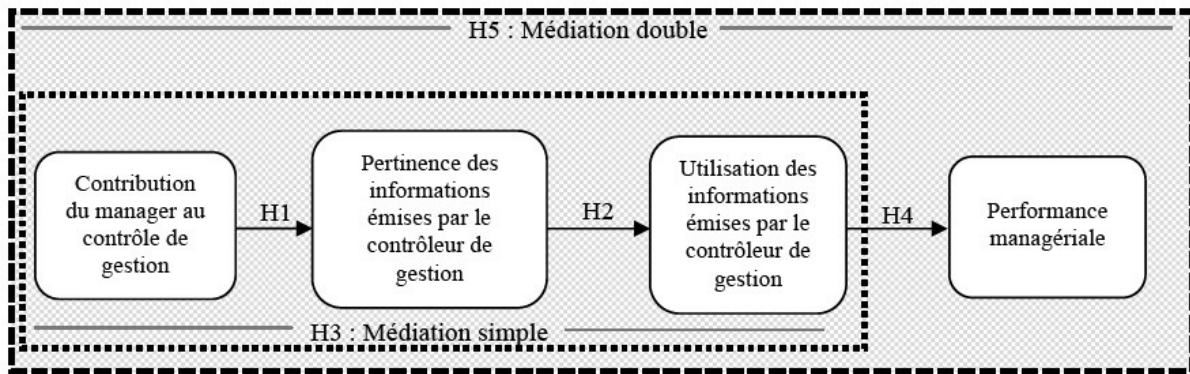
Le contrôle de gestion vient en appui au management de proximité. Régulièrement, les cadres de santé sont demandeurs d’outils de gestion ou de modèles visuels pour comprendre les différentes subtilités qui fondent la notion de performance au sens large. Ainsi, plus le manager utilisera les outils proposés, plus il sera performant et sera en mesure de progresser.

Hypothèse 5 : “La pertinence de l’information fournie par le contrôleur de gestion et l’utilisation par le manager de ces informations sont deux variables médiatrices de l’impact de la contribution du manager sur sa performance managériale.”

Le contrôleur de gestion est un membre à part entière de l’organisation, à la différence d’un auditeur externe. Son implication dans la vie de l’organisation et la performance managériale des équipes de terrain est indéniable. Contrôleur et managers doivent travailler ensemble afin de combiner leurs connaissances, compétences et étendre leurs champs d’expertise. Comme évoqué précédemment, contrôleur et manager forment un binôme dans l’exploitation, la communication et l’utilisation des données afin de les transformer en informations pertinentes à la bonne gestion d’un établissement de santé. A ce sujet, nous pouvons dessiner un cycle. Le binôme contrôleur manager sera considéré comme efficace lorsque les informations pertinentes émanant du contrôleur sous l’impulsion du manager seront exploitées au quotidien pour manager les équipes dans le sens de la stratégie définie dans le projet d’établissement. Une gestion déléguée ou au plus près du terrain est propice à l’émergence de nouvelles stratégies. Cette idée rejoint celle de la “double boucle” développée par Robert Kaplan et David Norton. La double boucle traduit la révision de la stratégie par le terrain, autrement dit les professionnels qui

sont au contact des clients⁸, qui suivent les processus⁸ et accompagnent les équipes dans leurs apprentissages⁸.

Illustration 23 : Les hypothèses et le modèle proposé, par Armelle Godener et Mariana Fornerino



8 Noms des axes du Balanced ScoreCard.

Conclusion

A l'éclairage de nos lectures et de nos expériences professionnelles nous pouvons nous construire une opinion sur le métier de contrôleur de gestion et voir dans quelle direction nous souhaitons le mener dans nos établissements.

En effet, la traditionnelle mesure des données financières et comptables donne au contrôle de gestion une dimension uniquement quantitative. Ainsi, il demeure cantonné à la mesure des résultats notamment en termes de données d'activité. L'image renvoyée est celle du contrôleur au sens strict du terme dont la mission principale est de suivre les taux d'occupation des services d'hospitalisation. L'enfermement dans cette vision de "gendarme" n'est pas propice au développement du binôme contrôleur manager que nous avons évoqué au regard des hypothèses formulées par Armelle Godener et Mariana Fornerino.

L'introduction de données médicales dans l'analyse de l'activité propulse le contrôle de gestion dans une dimension qualitative. Certes son métier reste un métier de chiffres mais la prise en compte du secteur est primordiale notamment dans celui de la santé. Cette réflexion peut se généraliser, un contrôleur de gestion industriel axera son action sur l'étude des processus et parlera de goulot d'étranglement. A l'hôpital (au sens large), ce qui sort le contrôle de gestion de la seule comptabilité analytique est sa capacité à comprendre ce qu'il mesure. Par exemple, lorsque l'on compte le nombre de passages aux urgences la première distinction à opérer est celle entre les passages qui ont donné lieu à une hospitalisation ou non. Nous comptons 1 passage dans les deux cas mais la prise en charge des patients est totalement différente ; l'analyse de l'activité externe et d'hospitalisation doit être menée au regard de leurs spécificités. Il en va de même avec l'ensemble des services supports tels que l'imagerie médicale ou le laboratoire dont les actes pour hospitalisés sont assimilés à la consommation d'une ressource à la différence de l'activité externe qui représente une recette. La considération des données médicales pour comprendre et analyser un établissement de santé semblait inévitable ; c'est pour répondre à cela que le PMSI a vu le jour comme nous avons pu l'expliquer plus haut. L'utilisation des données médicales tels que les diagnostics

principaux et associés permet de donner du sens aux chiffres et de crédibiliser la parole du contrôleur de gestion face aux médecins et soignants. Par ailleurs, il faut garder en tête que derrière les statistiques nous trouvons des patients dont les prises en charge sont adaptées aux pathologies et situations de chacun.

Enfin, en élargissant son champ d'étude aux données territoriales et au contexte politique, le contrôle de gestion entre dans une dimension stratégique et pourra ainsi être force de proposition. En positionnant son analyse autour du territoire, il montre qu'un établissement n'est pas seulement là pour procurer des soins mais répondre aux besoins de la population à laquelle il s'adresse. Pour les satisfaire au mieux, il semble évident de connaître la ou les populations qui fréquentent l'établissement au regard de leurs âges, pathologies, comorbidités... Un autre élément révélateur est l'observation du territoire et du contexte dans lequel l'établissement se situe. Analyser la seule activité d'un établissement n'est pas suffisante à la définition d'une stratégie, il faut tenir compte de ce qui est fait ailleurs sur le territoire et identifier de ce fait les spécialités absentes que les patients ont besoin de retrouver près de chez eux.

La production du service contrôle de gestion réside en cela, fournir une analyse complète. Autrement dit, le contrôle de gestion présente des données financières mais il doit les pondérer avec des indications médicales et tenir compte de l'environnement dans lequel il évolue.

Suite à la publication du rapport LAMBERT et aux différentes expérimentations de nouveaux modes de financement dans le cadre de l'article 51 : loi de financement de la sécurité sociale, nous assisterons dans les prochaines années à des évolutions au niveau des métiers, des pratiques professionnelles et des changements majeurs au niveau des modèles de financement ou d'ingénierie financière. Ce bouleversement aura un impact sur les stratégies à adopter et donnera naissance à de nouvelles pratiques pour permettre aux contrôleurs de gestion d'accompagner au mieux les professionnels de santé.

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CH : Centre hospitalier

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

COS : Cadre d'Orientation Stratégique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjours

HAD : Hospitalisation À Domicile

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OBNL : Organisations à But Non Lucratif

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie

PESTEL : Politique, Économique, Sociologique, Technologique, Environnemental,
Légal

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

SRS : Schéma Régional de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification À l'Activité

TIM : Technicien de l'Information Médicale

Bibliographie

Revue Gestions hospitalières février 2019 Numéro 583 -Financement du système de santé - Un modèle à réinterroger régulièrement, Jacqueline Hubert.

Revue Gestions hospitalières février 2021 Numéro 603 - Optimisation des durées de séjour : L'impact sur les recettes hospitalières, Thomas Vermeulin, Mélodie Lucas, Valérie Josset, Loëtizia Froment, Agnès Loeb, Véronique Merle

CAIRN (2011) Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? Olivier Guerin, Jocelyn Husser

CAIRN De la T2A à HPST (2014) : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Étude de cas d'un CHU Catherine Dos Santos, Morad Mousli, Joëlle Randriamiarana

CAIRN L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital (2009)- Jérôme Lartigau

CAIRN (2018) Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé Caroline Lambert, Samuel Sponem

CAIRN (2017) Participation du manager au contrôle de gestion et performance managériale, nouvelle approche -Armelle GODENER et Mariana FORNERINO

CAIRN (2009) La fonction contrôle de gestion : proposition d'une typologie Caroline Lambert, Samuel Sponem

CAIRN (2005) La métamorphose du contrôle de gestion Armelle GODENER et Mariana FORNERINO

DUNOD 4e édition (2017) DSCG 3- Management et contrôle de gestion-Sabine SÉPARI, Morgane LE BRETON, Florian BONNET, Pascal FABRE

CAIRN (2003) La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics Gérard de Pouvourville, Joseph Tedesco

Table des illustrations

Illustration 1 : Schéma de la bureaucratie professionnelle selon Henry Mintzberg.....	5
Illustration 2 : Définir un contexte organisationnel, Laure Jouanin.....	6
Illustration 3 : Quatre concepts de base de la systémique, Laure Jouanin.....	7
Illustration 4 : Inversion du modèle budgétaire, Sophie Colasse.....	9
Illustration 5 : La fixation de l'ONDAM : un exercice sous contrainte, Philippe Burnel.....	15
Illustration 6 : ONDAM 2022 par sous objectifs, LFSS 2022.....	16
Illustration 7 : Étapes de la mise en œuvre de la démarche prévisionnelle.....	18
Illustration 8 : Matrice BCG des activités de Médecine du CH de Narbonne.....	20
Illustration 9 : Matrice des changements, David Autissier.....	21
Illustration 10 : Jeu d'acteurs selon Michel Crozier.....	22
Illustration 11 : Ensemble des missions du contrôleur de gestion.....	24
Illustration 12 : La gouvernance dans la nouvelle organisation d'un hôpital public.....	26
Illustration 13 : Les idéaux types de la fonction contrôle de gestion, selon Caroline Lambert	32
Illustration 14 : Carte des pôles de services hospitaliers et zones d'influence d'Occitanie. . .	36
Illustration 15 : Liste des codes postaux qui composent la zone de recrutement du CH de Narbonne.....	36
Illustration 16 : Parts de marché par établissements, selon le zonage spécifique ARS : Narbonne.....	37
Illustrations 17 : Fuites du territoire narbonnais vers les autres établissements de la région	39
Illustration 18 : Exemple avec un GHM.....	41
Illustration 19 : Fuites du territoire narbonnais par Domaines d'Activité et destinations.....	41
Illustration 20 : Matrice BCG des activités de Médecine du CH de Narbonne.....	43
Illustration 22 : Jauge représentant l'IPDM de médecine 2020.....	45
Illustration 23 : Les hypothèses et le modèle proposé, par Armelle Godener et Marianela Fornerino.....	53

Résumé

Au cours des évolutions de tarifications depuis une quarantaine d'années, le rôle et la position du contrôle de gestion dans les établissements de santé ont été renforcés jusqu'à devenir un acteur stratégique du management des structures. La fonction contrôle de gestion a subi une mutation profonde, elle passe d'une logique de maîtrise des coûts à une logique d'auditeur interne venant en appui aux pôles. C'est en travaillant en binôme avec les managers de proximité (cadres de santé) que le contrôle de gestion est considéré comme "partenaire" (au sens de la typologie de Caroline Lambert). Son ouverture vers des données moins financières et plus centrées sur le cœur de métier de la santé crédibilise son discours auprès du centre opérationnel (selon Henry Mintzberg). Le poids du contrôle de gestion se mesure également par rapport à l'influence qu'il a dans les prises de décisions.

Mots clés

Performance

Pilotage

Contrôle de gestion

Balanced scorecard

Business Partner

T2A

PMSI

GHS/GHM

Fuite

Matrice BCG