



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**Rénover le processus de  
facturation/recouvrement en contexte  
T2A : la conduite d'un projet de  
réorganisation au centre hospitalier de  
Nanterre**

---

**Sophie BOUSSEMARY**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont permis d'aboutir à la réalisation de ce mémoire, en particulier :

- M. Patrick GUEZ qui m'a intégré à l'équipe « projet facturation » et m'a donné de précieux conseils tout au long de ce travail.
- M. Pierre-Hugues GLARDON, mon encadrant mémoire, pour son aide, son accompagnement et sa relecture critique.
- Mme Gisèle AMICHOT, ma maîtresse de stage, pour l'attention qu'elle a portée à mon travail.
- Mme Catherine LAURAND qui a répondu, à chaque fois, à toutes mes questions techniques concernant le déploiement du chantier télétransmission.
- M. Didier DAGUE et M. Boris IAKOUCHINE pour le temps passé à travailler ensemble.
- Mme Christine QUELIER pour ses conseils et son soutien.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 La maîtrise du processus de facturation/recouvrement : un enjeu stratégique au cœur du nouveau système de financement des EPS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Pourquoi la facturation devient-elle un enjeu majeur en contexte T2A ?</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 La mise en place d'un nouveau pilotage médico-économique axé sur les recettes et la trésorerie.....	6
A) Principes généraux de la réforme T2A.....	6
B) « Le retour en grâce de la gestion de trésorerie » dans le nouveau système de financement des EPS impacte directement le processus de facturation .....	7
1.1.2 L'accélération de la mise en œuvre de la réforme du financement presse les établissements à améliorer la performance de leur chaîne de facturation/recouvrement.....	9
A) Les conséquences de la suppression du taux de conversion en 2007 .....	9
B) Un passage à 100% T2A avancé par rapport au calendrier initial de déploiement de la réforme .....	10
C) Vers le schéma cible de la réforme : une facturation directe, individuelle et au fil de l'eau au 1er janvier 2009 ? .....	11
<b>1.2 Les difficultés rencontrées sur le terrain par les EPS pour faire évoluer leur processus de facturation : enjeux organisationnels, enjeux pour le système d'information et enjeux culturels</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 Repenser les organisations et adapter le SIH pour améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement .....	14
A) Une organisation complexe du processus de facturation/recouvrement.....	14
B) La performance du SIH mise à l'épreuve .....	15
1.2.2 L'absence d'une culture de la facturation à l'hôpital rend plus complexe les évolutions à entreprendre en matière de facturation .....	16
<b>1.3 La nécessité pour l'hôpital Max Fourestier de s'engager au plus vite dans un projet d'amélioration du processus de facturation/recouvrement : présentation du contexte</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 Un établissement historiquement engagé dans la prise en charge des populations en situation de précarité.....	18
A) Le CASH, un établissement unique en France .....	18
B) En 2008 : un établissement inséré dans un environnement socio-économique difficile.....	19
1.3.2 La situation déficitaire de l'hôpital Max Fourestier en contexte de T2A .....	20

<b>2- Analyse des dysfonctionnements du processus de facturation et de recouvrement à l'hôpital Max Fourestier.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Méthodologie de la conduite de projet : apports théoriques et mise en œuvre pratique.....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Définition et première analyse théorique de la conduite de projet.....	24
2.1.2 La phase de construction du projet .....	25
A) L'analyse de la problématique du projet de rénovation du processus de facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier .....	25
B) Le pré-diagnostic de la situation de l'établissement : analyse de l'état de recouvrement des créances .....	29
C) La finalisation du pré-diagnostic : l'élaboration d'une démarche de projet ..	32
<b>2.2 Analyse des dysfonctionnements des circuits du patient et du processus de facturation/recouvrement de l'hôpital Max Fourestier .....</b>	<b>36</b>
2.2.1 Un recueil de l'information administrative et médicale non exhaustif et défaillant : une méconnaissance des règles administratives et des pratiques hétérogènes .....	36
A) Des erreurs d'identification administrative du patient et l'existence de nombreux dossiers doublons.....	36
B) Une exhaustivité et des délais de codage à améliorer.....	39
C) Un outil informatique critiqué pour son manque d'ergonomie.....	41
2.2.2 La problématique de l'architecture du CASH : des circuits des patients complexes et inadaptés aux nouveaux enjeux de la facturation/recouvrement .....	41
A) Le contournement du bureau des entrées par les patients et les ambulanciers .....	41
2.2.3 Les spécificités des urgences et de l'imagerie .....	42
A) La spécificité des urgences.....	42
B) Les difficultés propres au service d'imagerie .....	43
2.2.4 Une étape de la facturation et du recouvrement mal maîtrisée.....	44
A) Un encaissement direct des consultations insuffisamment développé .....	44
B) Un processus de traitement de la facturation et de rejets non automatisé ..	44
2.2.5 Une culture d'établissement à faire évoluer et un management du processus de facturation en difficulté.....	46
<b>3- Propositions d'actions pour optimiser la performance et améliorer la qualité du processus de facturation/recouvrement .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Les 10 points clés minimaux et invariants de maîtrise d'un processus.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Le plan d'actions proposé pour améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement.....</b>	<b>49</b>
3.2.1 Axe 1 : Mettre en place un pilotage de la chaîne de facturation/recouvrement.	49
A) Désigner un pilote du processus de facturation/recouvrement .....	50

B)	Construire, s'approprier et utiliser en routine des outils de pilotage fiables .	51
3.2.2	Axe 2 : Organisation du processus de facturation/recouvrement.....	53
A)	Sécuriser les circuits informationnels et physiques du patient.....	53
B)	Améliorer l'articulation entre les maillons de la chaîne de facturation .....	56
C)	Mettre à disposition des outils facilitant le recueil d'information.....	57
3.2.3	Axe 3 : Revaloriser les « ressources humaines » et renforcer les ressources matérielles .....	58
A)	Revaloriser le rôle du bureau des entrées par une politique de formation...	58
B)	Répondre aux besoins matériels des services pour améliorer le recueil d'informations .....	60
3.2.4	: Axe 4 : Améliorer la communication .....	60
A)	Améliorer l'accès à l'information pour les agents du bureau des entrées ....	60
B)	Développer l'information relative à la facturation à destination des patients	61
<b>Conclusion</b>	.....	<b>681</b>
<b>Bibliographie</b>	.....	<b>3</b>
<b>Liste des annexes</b>	.....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ACF** : Accueil Centralisé des Flux  
**AME** : Aide Médicale Etat  
**AMI** : Actes Médicaux Infirmiers  
**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**ARL** : Accusé de Réception Logique  
**ASDES** : Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé  
**BFR** : Besoin en Fonds de Roulement  
**CADA** : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile  
**CAF** : Capacité d'Autofinancement  
**CASH** : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers  
**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux  
**CHAPSA** : Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abri  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et d'Insertion Sociale  
**CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CPU** : Caisse de Paiement Unique  
**CTI** : Centre de Traitement Informatique  
**DAC** : Dotation Annuelle Complémentaire  
**DIE** : Département Informatique Exploitant  
**DGF** : Dotation Globale de Financement  
**EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
**ENC** : Etude Nationale des Coûts  
**EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et de Dépenses  
**EPS** : Etablissement de Santé Public  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**FDR** : Fonds de Roulement  
**GHM** : Groupe Homogène de Malades  
**GHS** : Groupe Homogène de Séjour  
**ISA** : Indice Synthétique d'Activité  
**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**LHSS** : Lits Halte Soins Santé  
**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique  
**MEAH** : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers  
**MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels  
**NOEMIE** : Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs  
**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
**OQN** : Objectif Quantifié National  
**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**PREF** : Plan de Retour à l'Equilibre Financier  
**PSPH** : Participant au Service Public Hospitalier  
**RAR** : Restes à Recouvrer  
**RGF** : Recette Générale des Finances  
**RSA** : Résumé de Séjour Anonymisé  
**RSS** : Résumé de Sortie Standardisé  
**RUM** : Résumé d'Unité Médicale  
**SAU** : Service d'Accueil des Urgences  
**SIH** : Système d'Information Hospitalier  
**SNN** : Site National Noémie  
**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation  
**T2A** : Tarification A l'Activité  
**UCD** : Unité Commune de Dispensation  
**ZEP** : Zone d'Education Prioritaire  
**ZUS** : Zone Urbaine Sensible

## Introduction

Les établissements publics de santé (EPS) font face, plus particulièrement depuis 2004, à une succession de réformes d'envergure venues impacter fortement leur fonctionnement : la réforme de la planification territoriale des soins, de la certification des établissements de santé, de la nouvelle gouvernance hospitalière et de la tarification à l'activité (T2A). Le plan « Hôpital 2007 », dont découlent ces quatre réformes, devait avoir comme objectif, selon les mots de M. Jean-François Mattéi, de « redonner ambition et espoir au monde hospitalier »<sup>1</sup>.

Cinq ans après, la réforme hospitalière se poursuit avec la présentation en octobre prochain du projet de loi hôpital, patients, santé et territoire. De nombreux rapports, dont le rapport Attali et le rapport Larcher, ont souligné la nécessité d'aller plus avant dans la rénovation du système de santé hospitalier français, pour répondre aux défis de l'hôpital de demain : « le défi de l'accès à des soins de qualité, le défi de la performance, le défi de l'attractivité et de l'excellence.»<sup>2</sup>

Dans ce contexte mouvant et de fortes contraintes pour les EPS, la réforme de la T2A, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, est, sans conteste, l'une des réformes les plus importantes qu'ait connu le secteur hospitalier depuis plus de 20 ans. Emblématique des changements à l'œuvre dans la philosophie de gouvernance des EPS, elle consacre la notion de performance et de transparence.

Elle met fin au système de la « dotation globale » qui, dans un contexte de détérioration des comptes de l'assurance maladie<sup>3</sup>, semblait avoir largement démontré ses limites. En effet, le budget des établissements, bâti sur les prévisions de dépenses, était déconnecté de la réalité de l'activité produite, ce qui n'incitait que très peu les EPS à interroger la performance de leurs organisations. De plus, ce système, qui ne laissait qu'une très faible part à la négociation avec la tutelle, figeait les budgets des établissements à leur situation budgétaire de 1983, générant ainsi de fortes inégalités : les établissements à l'activité décroissante pouvaient continuer à connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité augmentait, souvent en raison de meilleures pratiques, pouvaient se trouver pénalisés financièrement. Enfin, la coexistence d'un double système

---

<sup>1</sup> SENAT, *Rapport sur le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003* disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap>

<sup>2</sup> Discours du Président de la République lors de l'installation de la commission Larcher au CHU de Bordeaux le 16/10/2007

<sup>3</sup> De 700 millions d'euros en 1999, le déficit de l'assurance maladie est passé à 11.6 milliards d'euros en 2004. *Etat actuel du déficit de la Sécurité sociale*, disponible sur Internet : <http://www.gsk.fr>

de financement public et privé qui obérait les comparaisons et rendait difficile les coopérations n'était plus souhaitable

La réforme de la tarification à l'activité renverse la logique de financement et vient bouleverser les principes budgétaires : les ressources des établissements publics reposent à présent sur une mesure de leur activité, en volume, valorisée en application des tarifs nationaux et des forfaits prévus. La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît alors comme le nouvel enjeu, majeur, du mode de pilotage financier des hôpitaux. Autrement dit, les établissements publics de santé se trouvent aujourd'hui confrontés à un véritable défi : être en mesure de prévoir de façon fiable les recettes qui pourront être réalisées pour l'année. La maîtrise de la chaîne de facturation/recouvrement devient, dans ce contexte, un levier d'action stratégique pour les établissements hospitaliers.

Jusqu'alors l'intérêt porté à ce sujet était faible par rapport à d'autres préoccupations immédiates car la performance ou non de la chaîne de facturation questionnait à la marge la garantie des ressources de l'établissement. Aujourd'hui, il est indispensable de procéder à son évaluation et à son amélioration car une chaîne de facturation/recouvrement défailante se traduit inévitablement par une perte de recettes et des difficultés de trésorerie. Rapidité, exhaustivité et qualité, tels sont les objectifs qui lui sont fixés. Il s'agit réellement d'un projet d'envergure pour les établissements qui pose la question du pilotage de ce processus d'une part et qui est également amené à impacter les organisations et le système d'information dans son ensemble d'autre part.

Comment réussir à relever ce défi ? Il faut replacer ce projet de réorganisation dans le contexte de mise en place de la réforme du financement. En effet, au-delà du seul aspect financier, la réforme de la T2A est avant tout un changement d'ordre culturel pour les acteurs hospitaliers empreints d'une nouvelle responsabilité dans le pilotage financier de l'établissement : la performance et la productivité que la réforme souhaite introduire dans les hôpitaux les obligent à revoir leurs organisations et leurs pratiques quotidiennes.

Or, si une réforme du financement du système hospitalier s'avérait incontournable et nécessaire, il faut cependant reconnaître que la France s'y est engagée « tambour battant » et avec les « moyens du bord » comme l'exprime Patrick Expert<sup>1</sup>. Le calendrier serré de mise en œuvre de la réforme et une communication institutionnelle limitée n'ont pas favorisé son appropriation par les acteurs de terrain. De plus, le déploiement de la

---

<sup>1</sup> EXPERT. P, 2006 *La Tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, 2<sup>e</sup> édition, Berget-Levrault, p 23

réforme se fait dans un contexte défavorable : difficultés de recrutement du personnel soignant, réduction du temps de travail... Autant de facteurs qui réduisent les marges de manœuvre des établissements, alors même que les changements à entreprendre nécessiteraient de pouvoir s'appuyer sur ces marges. Toute la problématique de la mise en œuvre de la réforme se situe ici : comment arriver à réformer des organisations hospitalières, caractérisée par une force d'inertie importante, dans une période de temps aussi restreinte et sans moyens d'action supplémentaires ? Ce défi se pose en ces termes pour les établissements ayant le projet de rénover leur processus de facturation/recouvrement et il semble difficile à relever.

Pourtant, les établissements n'ont plus le choix : l'accélération soudaine du passage à 100% T2A dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et la perspective au 1<sup>er</sup> janvier 2009 du passage à la facturation « au fil de l'eau » ne peuvent qu'inciter les établissements à s'engager au plus vite dans le chantier de la facturation.

Dans ce contexte, l'hôpital Max Fourestier du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre a décidé de faire du projet de réorganisation de son processus de facturation/recouvrement l'une de ses priorités majeures. En effet, la situation financière difficile de l'établissement a conduit, en 2006, à la mise en œuvre d'un Plan de Retour à l'Equilibre Financier (PREF). L'une des stratégies de retour à l'équilibre financier passe par la consolidation et le développement des recettes et la facturation apparaît naturellement ici comme un levier d'action indispensable à maîtriser. Ce chantier de réorganisation se justifie d'autant plus que l'environnement socio-économique difficile dans lequel se situe le CASH de Nanterre impacte négativement le processus de facturation/recouvrement : la prise en charge d'une forte proportion de patients en situation de précarité complexifie en effet les procédures administratives d'accueil, de facturation et donc de recouvrement. L'établissement se retrouve ainsi en 2008 avec un stock de créances irrécouvrables d'environ 11M€.

Au-delà, la conduite d'un tel projet peut aussi être regardée comme un moyen concret de faire évoluer les mentalités et de progressivement amener l'ensemble des acteurs du monde hospitalier à prendre la mesure de leur responsabilité dans le nouveau pilotage des établissements.

Ce mémoire est donc en lien avec un projet PREF relatif au circuit du patient et à la rénovation du processus de facturation/recouvrement actuellement mené à l'hôpital Max Fourestier. Il s'intéresse essentiellement à la partie organisationnelle du processus de facturation telle que travaillée dans le cadre du projet. La problématique de l'adaptation du système d'information aux nouvelles exigences posées par la facturation constitue à elle

seule un sujet qui, du fait de sa spécificité et de sa complexité, nécessiterait un traitement à part pour l'envisager dans toute sa globalité. Elle ne sera donc abordée que de manière incidente.

Les enjeux soulevés par la rénovation du processus de facturation/recouvrement sont nombreux : techniques, mais surtout humains au vu de la multiplicité des acteurs ou des maillons formant la chaîne de facturation : agents du bureau des entrées, agents d'accueil et secrétaires médicales dans les services de soins, médecins, département d'information médicale, services sociaux de l'hôpital, partenaires extérieurs (assurance maladie, Recette Générale des Finances). Or, les différentes communautés professionnelles n'ont pas l'habitude de travailler ensemble sur les mêmes processus ce qui peut générer des divergences. De plus, la « facturation » a souvent été gérée comme un processus à part, déconnecté du processus de soins et elle s'appuie essentiellement sur les compétences des agents administratifs. Enfin la nouvelle approche médico-économique à laquelle les établissements doivent faire face n'est pas encore intégrée culturellement par tous les acteurs. C'est donc à travers une démarche de projet que ce chantier de réorganisation a été envisagé et travaillé avec l'ensemble des principaux intervenants de ce processus.

Ce mémoire se veut être opérationnel et montrer, concrètement, comment ce projet de réorganisation de la chaîne de facturation a été mené à l'hôpital Max Fourestier. C'est pourquoi, après une première partie consacrée à l'analyse de la réforme du financement, du nouveau pilotage financier qui se met en place dans les EPS et les impacts directs de ces mutations sur le processus de facturation/recouvrement, les deuxième et troisième parties présentent le projet de refonte de la chaîne de facturation à l'hôpital Max Fourestier : la construction du projet, la phase de diagnostic qui a permis de mettre en exergue tous les dysfonctionnements des circuits du patient et de la facturation rencontrés à l'hôpital Max Fourestier et enfin des propositions d'amélioration de la chaîne de facturation, élaborées dans le cadre du plan d'actions du projet.

# **1 LA MAITRISE DU PROCESSUS DE FACTURATION – RECouvreMENT : UN ENJEU STRATEGIQUE AU CŒUR DU NOUVEAU SYSTEME DE FINANCEMENT DES EPS**

La « révolution » de la T2A, qui instaure un nouveau pilotage financier des établissements de santé, appelle à mettre en place, rapidement, de nouvelles organisations hospitalières capables de répondre à l'impératif de performance et d'efficacité posé par cette réforme. Dans ce nouveau contexte, le processus de facturation/recouvrement est mis en lumière et présenté comme un enjeu stratégique à maîtriser car il devient un levier d'action essentiel dans la garantie des recettes et de la trésorerie des établissements. L'impact est conséquent : les organisations sont appelées à se rénover et le système d'information à évoluer afin d'accompagner la mise en place d'un nouveau processus de facturation. Ces évolutions majeures à engager doivent être envisagées en prenant en compte la réelle complexité de mise en œuvre de cette réforme sur le terrain.

L'engagement de l'hôpital Max Fourestier dans ce projet d'amélioration des circuits du patient et de rénovation de la chaîne de facturation/recouvrement est à replacer dans ce cadre général d'analyse. Néanmoins, la situation particulière de l'établissement explique pourquoi ce projet de réorganisation s'avère être, pour l'hôpital Max Fourestier, un enjeu crucial.

## **1.1 Pourquoi la facturation devient-elle un enjeu majeur en contexte T2A ?**

S'intéresser au repositionnement stratégique de la facturation au cœur du système de pilotage financier des établissements demande d'abord de revenir sur les fondements du nouveau mode de financement à l'activité, l'enchaînement des réformes du financement des EPS depuis 2004 et l'accélération du rythme de leur mise en œuvre en 2007 et 2008. C'est dans ce cadre que doit se comprendre la profonde modification de la logique de facturation pour les acteurs hospitaliers.

### 1.1.1 La mise en place d'un nouveau pilotage médico-économique axé sur les recettes et la trésorerie

#### A) Principes généraux de la réforme T2A

La LFSS pour 2004 n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 instaure un nouveau mode d'allocation des ressources visant à davantage de transparence et d'équité entre établissements : la T2A. Cette réforme, qui institue un régime financier commun aux établissements de santé publics et privés titulaires d'autorisations de MCO (à l'exception des hôpitaux locaux) dans un premier temps puis de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans un second temps, est une véritable révolution pour le monde hospitalier en ce qu'elle modifie en profondeur la gestion budgétaire des EPS. Désormais, le pilotage financier repose non plus sur la prévision de dépenses mais sur les recettes et donc sur la capacité de l'établissement à produire de l'activité et à la rendre lisible. A travers la médicalisation progressive du financement, l'objectif de la réforme est bien de responsabiliser davantage les acteurs hospitaliers – personnel médical, paramédical mais aussi administratif- désormais directement impliqués dans la production de recettes de leur établissement, de renforcer la transparence et l'équité de traitement entre les établissements de santé et de favoriser le développement de nouveaux outils de pilotage tels que le contrôle de gestion et la comptabilité analytique. La perspective à terme de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé fait de la recherche de la performance et de la productivité les maîtres mots de cette réforme.

Depuis 2004, le nouveau régime financier des établissements de santé repose sur :

- ◇ une enveloppe ONDAM MCO qui devient commune aux secteurs public et privé ;
- ◇ un financement désormais directement lié à la nature et au volume de l'activité produite (pour la psychiatrie et le SSR, le financement se fait encore par dotation en attendant la mise en place d'une base PMSI spécifique à ces activités). Les financements directement liés « à l'activité » sont divisés en trois grandes catégories de prestations :

- **des tarifs par séjour** : Groupe Homogène de Séjour (GHS) issus des GHM<sup>1</sup>. Les GHS sont des tarifs forfaitaires fixés sur une durée moyenne de

---

<sup>1</sup> Chaque séjour en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) donne lieu à la création de Résumés d'Unité Médicale (RUM) qui, une fois agrégés, deviennent un Résumé de Sortie Standardisé (RSS) et Anonyme (RSA). Les RSS sont ensuite groupés et classés dans un Groupe Homogène de Malade (GHM). A partir d'un échantillon d'établissements volontaires, l'Echelle Nationale de Coûts (ENC) permet d'affecter un poids économique relatif à chaque GHM (calcul du coût moyen pondéré) qui sert de base à la fixation du tarif, le GHS.

séjour en établissement. Des suppléments journaliers en sus des GHS peuvent être facturés pour des activités lourdes autorisées (réanimation, soins intensifs...)

- **des tarifs par prestation** (urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile, séances de dialyses, soins et traitements externes) ;

- **des paiements supplémentaires** pour des produits particulièrement onéreux (certains médicaments et dispositifs médicaux implantables).

◇ un financement par dotations forfaitaires pour certaines missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

◇ un financement par forfaits annuels pour rémunérer des activités de soins particulières (urgences, prélèvements d'organes, greffes...).

La déclaration de l'activité est fournie mensuellement aux ARH via la plateforme e-PMSI. Pour les EPS, la mise en place du financement à l'activité s'est faite très progressivement (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007) avec le maintien d'une dotation annuelle complémentaire (DAC) afin d'amortir les effets de la réforme.

B) « Le retour en grâce de la gestion de trésorerie »<sup>1</sup> dans le nouveau système de financement des EPS impacte directement le processus de facturation/recouvrement.

Avant la réforme du financement à l'activité, le processus de facturation/recouvrement n'occupait qu'une place mineure dans le pilotage financier et budgétaire de l'établissement. En effet, la DGF, qui reposait sur une déconnexion complète entre le niveau d'activité et l'allocation des ressources<sup>2</sup>, était versée mensuellement par la caisse pivot, garantissant ainsi un flux régulier de trésorerie aux établissements. De plus, le mécanisme des plus ou moins values était désincitatif à la recherche d'une amélioration de la productivité et de la qualité de la chaîne de facturation : si le niveau de recettes de titre 2 réalisé était supérieur à celui déterminé initialement dans le cadre du budget exécutoire, l'année suivante l'établissement voyait sa dotation réduite à due concurrence et vice versa.

---

<sup>1</sup> EXPERT. P, 2006 *La Tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, 2<sup>e</sup> édition, Berget-Levrault, p 213

<sup>2</sup> La dotation globale de fonctionnement (DGF) était égale à la différence entre la totalité des charges d'exploitation prévisionnelles (reconduction de l'année N-1 sur la base d'un taux directeur) et la totalité des produits des groupes 2 et 3.

En renversant la logique de financement, le système de la T2A impose désormais de s'intéresser de près à la gestion des recettes et de la trésorerie. Ces objectifs s'inscrivent dans un nouveau cadre budgétaire : l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), pendant budgétaire de la réforme du financement, mis en place par le décret n°2005-1474 du 30/11/2005 et entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006. La logique d'élaboration de l'EPRD suit celle du nouveau système de financement : il s'agit maintenant de commencer par déterminer le niveau de recettes prévisionnelles pour l'année à venir pour ensuite établir les dépenses qu'il sera possible d'engager.

Cette nouvelle dimension budgétaire va de pair avec une dimension financière inhérente à la philosophie de l'EPRD. Ainsi que le présentent Marielle Pfeiffer et François Madelmont<sup>1</sup>, ce décloisonnement est intéressant en ce qu'il permet une plus grande souplesse de gestion mais simultanément signifie que la politique d'investissement devient pleinement conditionnée par l'équilibre des comptes d'exploitation, via la capacité d'autofinancement (CAF). Alors que dans l'ancien modèle budgétaire, un déficit d'exploitation n'entravait pas la capacité d'investissement, dans la logique financière actuelle de l'EPRD, un déficit d'exploitation diminue les fonds propres et oblige en conséquence à repenser les modes de financement des investissements prévus. Le renforcement du lien entre exploitation et investissement implique donc de mettre en place une réelle politique de gestion de la trésorerie.

La trésorerie s'attache aux flux des encaissements et des décaissements. D'un point de vue financier, elle est égale au Fonds de roulement (FDR) moins le Besoin en fonds de roulement (BFR), soit la différence entre d'une part les ressources longues et d'exploitation et d'autre part les emplois et actifs immobilisés et les valeurs immobilisés. Dès lors, la maîtrise du besoin en fonds de roulement (BFR)<sup>2</sup>, c'est-à-dire la capacité de l'établissement à dégager des ressources d'exploitation qui couvrent suffisamment le besoin de financement du cycle d'exploitation vient directement impacter la trésorerie de l'établissement et devient donc un enjeu du pilotage financier.

C'est ici que la réorganisation de la chaîne de facturation/recouvrement joue un rôle clé. En effet, la baisse du BFR passe d'abord par la diminution des stocks et créances d'exploitation, ce qui implique :

---

<sup>1</sup> PFEIFFER M., MADELMONT F., 2006 « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », *Revue Hospitalière de France*, n°508.

<sup>2</sup> « Le BFR d'une entreprise est la somme de son BFR d'exploitation et de son BFR hors exploitation. Le BFR d'exploitation représente le solde des emplois et des ressources d'exploitation. Il correspond à l'argent gelé par l'entreprise pour financer son cycle d'exploitation (ou sécrété par celui-ci lorsque le BFR est négatif). » Finance d'entreprise, Vernimmen, Dalloz, in GMSIH, *Etat des réformes au 01/09/2007 et impacts sur le système d'information des établissements de santé publics et privés*, disponible sur Internet <http://www.gmsih.fr>

- d'une part une amélioration de la qualité de la facturation afin de diminuer le taux de rejets des factures. Autrement dit, la chaîne de facturation/recouvrement doit permettre, dès le départ, de recueillir une information exhaustive et de qualité auprès du patient de façon à ce que le recouvrement des titres de recettes émis soit le plus complet possible. Une défaillance du processus de facturation dès l'étape d'enregistrement administratif aura un impact direct sur la trésorerie qui devra supporter le non recouvrement des titres rejetés.
- d'autre part une optimisation et une accélération des délais de facturation et de recouvrement. Le délai de paiement des fournisseurs des EPS étant fixé à 50 jours, il s'agit pour les établissements de travailler à la rapidité de recouvrement des produits. En effet, les retards pris dans les recouvrements des créances pèsent automatiquement sur la trésorerie de l'établissement, obligé de recourir à des lignes de trésorerie coûteuses pour payer ses fournisseurs.

Enfin, l'amélioration de la qualité et de la rapidité du processus de facturation/recouvrement devrait logiquement agir sur la diminution du stock de créances irrécouvrables qui, pour certains établissements, vient considérablement alourdir le BFR et donc peser sur la trésorerie.

### **1.1.2 L'accélération de la mise en œuvre de la réforme du financement presse les établissements à améliorer la performance de leur chaîne de facturation/recouvrement**

#### **A) Les conséquences de la suppression du taux de conversion en 2007**

Par une circulaire du 21 mars 2007<sup>1</sup> est annoncée la suppression du taux de conversion pour l'ensemble des établissements. L'existence d'un taux de conversion, ou taux d'opposabilité<sup>2</sup>, depuis 2005 était justifiée par le fait que « le système passait d'une logique budgétaire construite autour des dépenses à une logique fondée sur la détermination des recettes prévisionnelles ». <sup>3</sup> Ce taux de conversion, déterminé par la tutelle pour chaque établissement était un taux moyen de prise en charge des prestations par l'assurance maladie, compte tenu de la capacité des établissements à facturer auprès des patients et des organismes complémentaires. Donc, « jusqu'en 2007, les données

---

<sup>1</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Circulaire DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

<sup>2</sup> Notification du taux de conversion en 2005 par les ARH calculé à partir des éléments disponibles dans le retraitement comptable 2003 : DGF/ produits groupe 1 + produits groupe 2

<sup>3</sup> ABATUCI C., GROSEIL S., 2008, *Guide de lecture des tableaux MAT2A STC « e-PMSI »*, FHF

transmises aux ARH étaient des données d'activité déconnectées de toute information sur la couverture sociale du patient, la tutelle appliquant un taux moyen de prise en charge (...) pour calculer le financement au titre de la T2A des établissements ex-DG. »<sup>1</sup>

La suppression du taux de conversion en 2007 signifie que désormais les données transmises mensuellement aux ARH via la plateforme e-PMSI ne reposent plus sur un *taux moyen de prise en charge* mais sur un *taux réel de prise en charge* de chaque prestation par l'assurance maladie<sup>2</sup>. Autrement dit, « l'enjeu pour les établissements de santé est donc de parvenir à apparier les données médicales (GHS ou consultations et actes externes) de chaque patient avec ses données administratives et de transmettre les éléments chaînés chaque mois par e-PMSI. (...) Le principe de la suppression du taux de conversion est bien de valoriser les dossiers sur la base des informations administratives de chaque patient. En l'absence d'appariement, les séjours (...) ne feront pas l'objet de valorisation». <sup>3</sup> La suppression du taux de conversion vient donc directement interroger la capacité du processus de facturation/recouvrement à faciliter le recueil et la remontée d'informations administratives et médicales les plus exhaustives possibles.

B) Un passage à 100% T2A avancé par rapport au calendrier initial de déploiement de la réforme

En 2007, la réforme du système de financement, déjà bien avancée, a connu une soudaine accélération dans sa mise en place. La LFSS pour 2008 n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 vient bousculer le calendrier des EPS en annonçant le passage à 100% T2A dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et non plus 2012 tel qu'initialement prévu. Le maintien d'une DAC, jugé comme handicapant pour les hôpitaux souhaitant dynamiser leur activité, a

---

<sup>1</sup> Extrait de l'article « facturation et taux de conversion » paru dans le mensuel n°5 – juillet/août 2007- de Finances Hospitalières.

<sup>2</sup> Concrètement, cela signifie que, dans le cadre d'une tarification à l'activité à 100%, pour chaque séjour, la recette provenant de l'Assurance maladie est égale au tarif du séjour (GHS), auquel est appliqué le taux réel de prise en charge (80% ou 100%). L'établissement ne reçoit plus que le montant du tarif GHS valorisé à 100% T2A ainsi que le paiement par le malade ou sa mutuelle du forfait journalier. La suppression à venir des tarifs de prestation au profit de la facturation du GHS pourra avoir des conséquences fortes sur les budgets si les tarifs des GHS restent inchangés. Ce dispositif, qui met fin au système de double tarification – ticket modérateur/forfait journalier et GHS – n'est cependant pas encore déployé. Ainsi, aujourd'hui, le dispositif transitoire (avec une facturation du ticket modérateur au GHS non encore réalisé) est le suivant :

- le calcul d'un ticket modérateur calculé sur le tarif journalier de prestation ;
- le paiement par le patient d'un forfait journalier ;
- la part Assurance Maladie calculée sur le tarif du GHS et valorisée au taux réel de remboursement de l'assuré (80%)

Pour les actes et consultations externes, le principe est le même : le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie est de 70% ou 100%, compte tenu des éléments de facturation indiqués.

<sup>3</sup> ABATUCI C., GROSEIL S., 2008, *Guide de lecture des tableaux MAT2A STC « e-PMSI »*, FHF.

donc été supprimé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et les activités MCO valorisées à 100%, tout comme dans le secteur privé<sup>1</sup>.

Si la modification du schéma de transition a certes comme objectif de favoriser les établissements les plus dynamiques souhaitant développer des activités nouvelles et les restructurations qui restaient freinées par le maintien d'un système mixte – DAC et T2A – le passage dès 2008 à 100% T2A a pu aussi prendre de court de nombreux établissements qui n'auraient pas déjà entamé le chantier de rénovation de leur chaîne de facturation/recouvrement. En effet, dans un système désormais financé à 100% à l'activité, la problématique de gestion de la trésorerie est considérablement renforcée. L'enjeu de maîtrise du processus de facturation/recouvrement devient soudainement crucial et ce d'autant plus avec la perspective de la mise en place de la facturation au « fil de l'eau ».

C) Vers le schéma cible de la réforme : une facturation directe, individuelle et au fil de l'eau au 1er janvier 2009 ?

Le passage à 100% T2A n'est pas l'aboutissement de la réforme du système de financement des établissements de santé. En effet, dans le schéma cible de la réforme, il est prévu qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la facturation des prestations (séjours, consultations, actes externes) devienne *individuelle, directe et « au fil de l'eau »*. Ce point d'orgue à la réforme du financement n'est pas des moindres puisqu'il s'agit de mettre en place une organisation de la chaîne de facturation totalement différente de celle jusque là en place dans les établissements. L'objectif est en effet de parvenir à produire une facturation par patient et non plus globale, de transmettre les éléments de facturation directement aux organismes de sécurité sociale qui deviennent les uniques interlocuteurs des établissements, et ce non plus mensuellement mais en temps réel.

S'agissant de la facturation individuelle, le dispositif de suppression du taux de conversion prépare d'ores et déjà la mise en place de ce schéma cible on obligeant les établissements à appliquer un taux réel de prise en charge et donc à travailler à

---

<sup>1</sup> Afin d'accompagner cette mise en place précipitée, un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement de manière à ce qu'il dispose du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif antérieur. Le coefficient de transition est calculé par établissement sur la base d'une estimation des données 2007. Il est égal (...) à la somme de l'activité valorisée à 50% T2A plus la DAC à 50% rapportée aux recettes théoriques obtenues par la valorisation de l'activité à 100%. Il a vocation à converger vers 1 pour l'ensemble des établissements à l'horizon 2012 au terme du processus de montée en charge (...) » extrait d'un article « T2A : passage à 100% et conséquences pour les établissements » publié sur le site [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

l'enrichissement des données médico-administratives de chaque patient (identification précise du patient et de ses droits, du praticien, des actes réalisés, application des règles de tarification des différents régimes d'assurance maladie...).

S'agissant de la facturation directe et « au fil de l'eau », l'enjeu est également de taille. Aujourd'hui, les flux de facturation suivent deux circuits. Le circuit principal (94% des montants facturés à l'Assurance Maladie) concerne la facturation des séjours et des consultations externes. Les données d'activités valorisées et anonymisées sont envoyées mensuellement par le Département d'Information Médicale (DIM) sur la plateforme e-PMSI de l'ARH pour être contrôlées, agrégées et validées avant d'être transmises, sous la forme d'un arrêté, à la caisse pivot de l'assurance maladie pour paiement.

Ce circuit de facturation est appelé à disparaître dans le cadre du passage à la facturation directe et « au fil de l'eau » pour être remplacé par ce qui constitue aujourd'hui le deuxième circuit de facturation : une télétransmission directe à l'assurance maladie en temps réel (les schémas représentant les circuits des flux dématérialisés tels qu'ils sont envoyés aujourd'hui et tels qu'ils le seront dans la future architecture sont présentés et expliqués en annexe). La télétransmission ne concerne actuellement qu'un périmètre restreint (6% des montants des factures émises par les établissements) : le ticket modérateur des consultations externes, des frais de séjour, du forfait journalier des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), les frais de séjour et les consultations externes des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), les frais de séjours et les consultations externes des assurés relevant de conventions internationales, les forfaits techniques de scannographie et IRM dans le cadre de co-utilisation par des praticiens libéraux. De plus, ne peuvent être télétransmis que les factures des assurés du Régime général affiliés à la caisse gestionnaire du département (la caisse gestionnaire est la caisse d'affiliation du bénéficiaire des soins). Mais à terme, et ainsi que le prévoit le Protocole d'accord national relatif à la télétransmission de 2006<sup>1</sup>, l'ensemble des échanges sera dématérialisé, la facturation sera individuelle par séjour, multi-caisses, multi-régime. La préparation du processus de facturation/recouvrement à cette échéance est impérative car il est certain qu'en l'état actuel les organisations et les systèmes d'information des EPS ne sont pas prêts pour affronter le véritable « choc » sur la trésorerie que va constituer le passage complet à la facturation « au fil de l'eau ».

---

<sup>1</sup> Protocole d'accord national relatif à la télétransmission signé le 7/04/2006 par le Ministre de la santé, les représentants des organismes nationaux de sécurité sociale, le Ministre du budget, disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr/fileadmin/userupload/documents/teletransfactures.pdf>

« Le retour en grâce de la gestion de trésorerie » dans le nouveau pilotage financier des EPS, l'accélération du calendrier de mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité en 2007 et en 2008, positionnent le processus de facturation/recouvrement comme un nouvel enjeu stratégique à optimiser et à contrôler. La logique même de la facturation a changé : exhaustivité, qualité et célérité sont les trois nouvelles exigences qui encadrent la facturation. Les établissements hospitaliers n'ont plus le choix. La défaillance de ce processus aura désormais des conséquences directes et immédiates sur la trésorerie de l'établissement et donc réduira indirectement les marges de manœuvre de la structure dans ces choix de stratégie financière.

La question qui se pose maintenant est celle des enjeux soulevés par le défi de la refonte du processus de facturation/recouvrement?

## **1.2 Les difficultés rencontrées sur le terrain par les EPS pour faire évoluer leur processus de facturation : enjeux organisationnels, enjeux pour le système d'information et enjeux culturels**

La mise en place de la T2A et le repositionnement stratégique de la chaîne de facturation/recouvrement dans le pilotage financier et budgétaire des hôpitaux a un triple impact. Organisationnel d'abord puisque les processus en place ne sont plus adaptés aux nouvelles exigences de performance posées par la réforme de la T2A en matière de facturation. Impact également sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH) qui doivent devenir de véritables outils au service du processus de facturation, c'est-à-dire faciliter le recueil et le contrôle des données administrative et médicale afin d'empêcher une déperdition d'informations coûteuse pour l'établissement. Enfin, l'impact est aussi d'ordre culturel. Comme l'expriment Marielle Pfeiffer et François Madelmont, la culture de la facturation est profondément bouleversée aujourd'hui dans les hôpitaux et doit être réinventée.<sup>1</sup> Or, face à tous ces enjeux, la difficulté pour les établissements hospitaliers de s'engager dans le chantier de rénovation du processus de facturation/recouvrement est réelle.

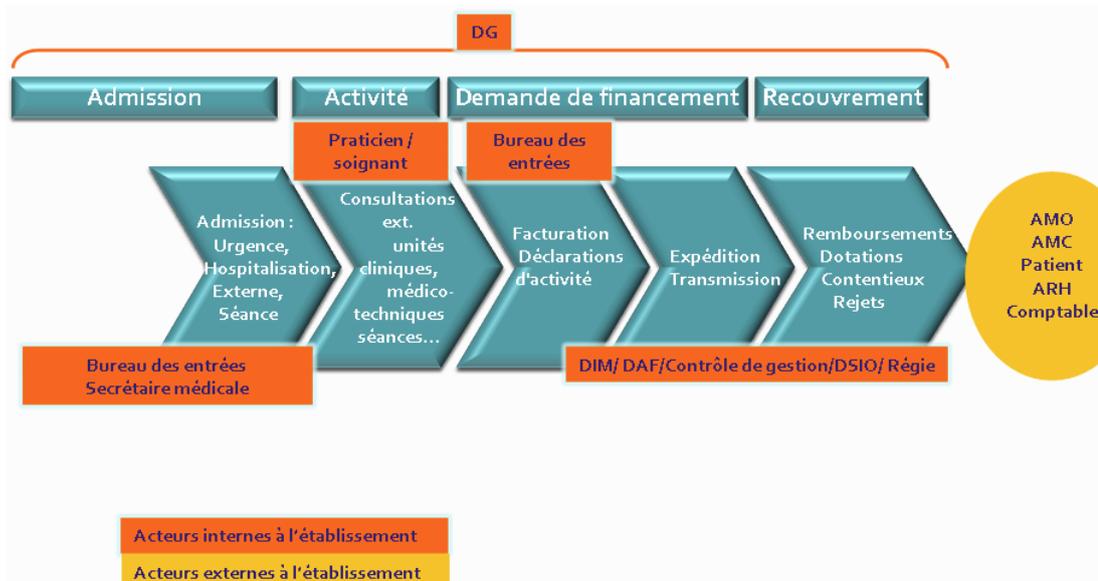
---

<sup>1</sup> PFEIFFER M., MADELMONT F., 2006 « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », *Revue Hospitalière de France*, n°508.

## 1.2.1 Repenser les organisations et adapter le SIH pour améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement

### A) Une organisation complexe du processus de facturation/recouvrement

Le processus de facturation/recouvrement, aujourd'hui totalement imbriqué au processus de production de soins<sup>1</sup>, est un complexe. Il se décompose en plusieurs étapes et fait intervenir de multiples acteurs.



Source : GMSIH « Etat des réformes du financement et de l'Assurance Maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé.

Cette organisation lourde et encore fortement marquée par le cloisonnement des professionnels intervenant dans la chaîne de facturation est soumise à l'obligation pressante de se réformer en répondant à des nouvelles exigences de rapidité, d'exhaustivité et de qualité. Sans aller plus avant puisque l'objet de ce mémoire est précisément d'analyser les mutations organisationnelles à engager dans la chaîne de facturation, à l'appui du chantier actuellement engagé à l'hôpital Max Fourestier, il faut d'ores et déjà comprendre quels sont les enjeux. Il va s'agir en effet :

- de travailler à une remise à plat complète du processus de facturation de l'arrivée du patient à l'hôpital à sa sortie ;

<sup>1</sup> « Dans l'ancien système, un agent du bureau des entrées pouvait mettre en facturation une consultation sans aucune information sur le contexte et les circonstances de la venue. Avec le parcours de soins, les parts des différents débiteurs sont modulées par des informations d'ordre médical. Le praticien comme l'agent administratif doivent pouvoir saisir et échanger ces données en temps réel, pour optimiser le recouvrement » GMSIH, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*, disponible sur Internet : <http://www.gmsih.org>

- et de réussir à décroiser les acteurs de terrain participant à la chaîne de facturation pour favoriser l'émergence d'un processus intégré.

## B) La performance du SIH mise à l'épreuve

En parallèle, la question de l'adéquation du SIH à ces nouveaux enjeux doit être posée. Par définition, un système d'information est un outil au service des organisations définies par l'établissement. Autrement dit, la réflexion à mener sur la refonte organisationnelle du processus de facturation doit intégrer la dimension SIH. « En effet, qualité, exhaustivité et rapidité [de la chaîne de facturation] ne sont obtenues à des niveaux de performance élevés qu'avec l'aide d'un outil de système d'information qui va assurer :

- une aide à la productivité : consolidation automatique des informations, réduction des ressaisies, automatisation des tâches ;
- une aide à la qualité : traçabilité des saisies, contrôle de cohérence (pouvoir effectuer des croisements d'informations entre celles saisies par le DIM et celle enregistrées par le bureau des entrées) ;
- une aide à la saisie et au contrôle automatique des saisies permettant de détecter plus en amont les discordances et les anomalies ;
- l'adaptabilité aux nouvelles réformes/évolutions réglementaires à venir.

Disposer d'un SIH performant devient donc un véritable facteur différenciant pour les établissements de santé, dans leur capacité à être rémunérés pour leurs activités, et à disposer d'un pilotage efficient. »<sup>1</sup> La perspective de la facturation directe, individuelle et « au fil de l'eau » au 1<sup>er</sup> janvier 2009, vrai défi pour les SIH, doit pousser encore plus les établissements à se demander comment :

- améliorer les interfaces entre les différents logiciels participant à la création de l'information médico-administrative nécessaire à la facturation d'un séjour ou d'une consultation (appariement des données administratives et médicales) ;
- renforcer les niveaux de verrouillage et de contrôle de la cohérence des données pour produire une facture de qualité ;
- industrialiser le processus de facturation en vue du passage à la facturation en temps réel, sous-entendu automatiser au maximum la production de la facture pour concentrer l'activité manuelle au traitement des rejets et des contentieux ;

---

<sup>1</sup> GMSIH, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*, disponible sur Internet : <http://www.gmsih.org>

- adapter les infrastructures techniques pour développer les télétransmissions en messagerie sécurisée ;
- automatiser la gestion des retours d'information NOEMIE pour faciliter l'exploitation des rejets et améliorer les délais de recouvrement<sup>1</sup>.

Engager un projet de rénovation du processus de facturation/recouvrement suppose donc que les établissements revoient leurs organisations en place et qu'ils mettent à niveau leur SIH.

En parallèle, une question essentielle doit encore être posée : comment les acteurs de terrain comprennent-ils les enjeux en cours ? Marginalisée pendant 20 ans dans le système de la DGF, la culture de la facturation est presque inexistante aujourd'hui dans les EPS. Développer une culture de la facturation partagée par l'ensemble des maillons de la chaîne est un autre défi à relever.

### **1.2.2 L'absence d'une culture de la facturation à l'hôpital rend plus complexe les évolutions à entreprendre en matière de facturation**

Des changements profonds d'ordre culturel sont à l'œuvre actuellement dans les établissements de santé. La réforme de la tarification à l'activité, en renversant totalement la logique de financement des EPS et en obligeant les professionnels à prendre davantage de responsabilités dans le pilotage financier de la structure constitue une vraie révolution. Depuis le vote en 2003 de la LFSS pour 2004, une dizaine de réformes – du financement ou de l'assurance maladie – se sont succédé (mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux codante et tarifante, de la T2A, du parcours de soins coordonnés, de la participation forfaitaire à 1€, du ticket modérateur à 18€, du contrat de bon usage des médicaments, de la suppression du taux de conversion, de la mise en place du codage UCD (Unité Commune de Dispensation), du passage à 100% T2A et perspectives de la facturation directe et au fil de l'eau, de la réforme des franchises médicales et du ticket modérateur.)

Le changement de philosophie du système de financement des EPS, l'enchaînement et l'imbrication des différentes lois, décrets et circulaires rendent indéniablement difficile la compréhension par les acteurs de terrain des nombreux enjeux financiers et budgétaires et les impacts organisationnels qui en découlent. Certains parlent même de « lassitude

---

<sup>1</sup> Ibid

des équipes<sup>1</sup> ». Dès lors, dans un tel contexte, comment rassembler tous les professionnels intervenant dans la chaîne de facturation autour du projet de refonte de ce processus aujourd'hui devenu pleinement stratégique ?

Cette question se pose d'autant plus qu'il n'existe pas une vraie culture de la facturation partagée à l'hôpital. David Mallet revient, dans son mémoire, sur l'image négative et bureaucratique que véhicule traditionnellement le service des admissions à l'hôpital, longtemps réceptacle de personnels en rupture de carrière ou en incapacité de maintenir leur activité dans les services de soins : « (...) être affecté au bureau des entrées était considéré par les agents comme « une punition » (...) ». <sup>2</sup> Le clivage entre les activités de soins, « nobles », et les activités administratives, dévalorisées reste fort. Le cloisonnement, historique, est encore très marqué entre le médical et l'administratif, le premier considérant que la problématique de la facturation ne relève pas de sa responsabilité ou encore au sein de l'administration entre le service du bureau des entrées et le service informatique, chacun travaillant de son côté.

Comprendre la logique de la réforme du financement et ses implications en terme de pilotage financier et budgétaire, changer les organisations en place depuis plus de vingt ans, rénover en profondeur le système d'information hospitalier, faire évoluer une culture de la facturation peu développée, voire dévalorisée, autant de défis auxquels sont confrontés les établissements hospitaliers depuis 4 ans et plus encore depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Ces derniers n'ont plus le choix : il leur faut s'engager dès maintenant dans un projet de refonte de leur processus de facturation/recouvrement car aujourd'hui, et encore plus demain dans le système de la facturation « au fil de l'eau », la gestion de la trésorerie devient un enjeu stratégique pour les établissements. C'est dans ce contexte que l'hôpital Max Fourestier a décidé, à son tour, de mettre en place ce projet.

---

<sup>1</sup> GMSIH, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*, disponible sur Internet : <http://www.gmsih.org>

<sup>2</sup> MALLET D., 2003, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP.

### **1.3 La nécessité pour l'hôpital Max Fourestier de s'engager au plus vite dans un projet d'amélioration du processus de facturation/recouvrement : présentation du contexte**

L'environnement socio-économique difficile du CASH de Nanterre et la situation lourdement déficitaire de l'établissement depuis 2006 sont deux éléments de contexte importants à présenter dans le cadre de ce mémoire car ils sont des facteurs déterminants dans la problématique de la rénovation du processus de facturation/recouvrement

#### **1.3.1 Un établissement historiquement engagé dans la prise en charge des populations en situation de précarité**

A) Le CASH, un établissement unique en France

Le CASH de Nanterre a comme particularité de regrouper en son sein une partie soins hospitaliers (l'hôpital Max Fourestier) mais également, et pour une part plus importante en terme de places d'hébergement, de nombreuses structures sociales et médico-sociales : un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), un centre d'accueil et de réinsertion sociale (CHRS), un CHRS de longue durée, un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), un Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abri (CHAPSA), des lits halte soins santé (LHSS)...

L'originalité de cette structure, unique en France et en Europe, est ancienne. La « Maison de Nanterre » était à l'origine un dépôt de mendicité institué par le décret du 13 septembre 1887 ayant vocation à recevoir les mendiants, les individus prévenus de vagabondage et de mendicité, les indigents sans ressources et sans asile qui sollicitaient leur admission. Pouvant recevoir jusqu'à 5000 pensionnaires, la Maison de Nanterre était administrée par le Préfet de Police de Paris.

La loi du 13 janvier 1989 crée le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire et qui se substitue à la Maison de Nanterre. Selon l'art 40 de cette loi, « ses missions, exercées au sein d'unités distinctes, comprennent :

- l'accueil, la réadaptation sociale des personnes sans abri orientées par le préfet de police (...);
- le service public hospitalier (...);
- l'hébergement et les soins des personnes âgées et des personnes handicapées

qui y résident. »<sup>1</sup>

Le Préfet de police de Paris préside toujours le conseil d'administration du CASH.

B) En 2008 : un établissement inséré dans un environnement socio-économique difficile

Aujourd'hui, l'hôpital Max Fourestier est un hôpital de proximité qui apporte une réponse sanitaire non seulement aux besoins des publics accueillis au sein des structures sociales et médico-sociales du CASH mais aussi aux habitants de la commune de Nanterre et des communes avoisinantes. Le territoire de santé 92-3 sur lequel est implanté l'hôpital Max Fourestier est un bassin très dense (environ 600 000 habitants) et 88% des patients accueillis proviennent des Hauts-de-Seine, dont 55% de Nanterre et 24% de Colombes.<sup>2</sup>

La ville de Nanterre se singularise par rapport au reste du 92 : une population jeune (29% de la population nanterrienne a moins de 20 ans), une proportion de population d'origine étrangère (11,5%) supérieure à la moyenne nationale (5,6%), avec une forte proportion d'ouvriers et d'employés (40% contre 25% en moyenne dans le 92). Le revenu fiscal moyen y est inférieur : 25 000€ en 2004 pour la population des Hauts-de-Seine et 15000€ à Nanterre. La commune de Nanterre est touchée par un fort taux de chômage et fortement marquée par la précarité (27,6/1000 habitants de Nanterre sont bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) contre 25,6/1000 pour les Hauts-de-Seine. Quatre zones sont classées Zone Urbaine Sensible (ZUS). L'hôpital Max Fourestier est situé dans le quartier dit du « Petit Nanterre », à la fois ZUS avec 30,6% de taux de chômage et Zone d'Education Prioritaire (ZEP). Enfin, sur les 36 communes des Hauts-de-Seine, la ville de Nanterre recense le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AME et de la CMU et CMUC avec respectivement 14,5% du total des bénéficiaires AME du département et 14% des bénéficiaires de la CMU-CMUC. La ville de Colombes est également fortement marquée avec 10,5% du total des bénéficiaires de l'AME et 10% du total des bénéficiaires de la CMU-CMUC<sup>3</sup>.

La population accueillie et hospitalisée à Max Fourestier est donc une population en moyenne, et par rapport au reste du département, fortement marquée par des difficultés sociales et économiques, ou, selon l'expression reprise par D. Castiel, M-C. Grenouilleau,

---

<sup>1</sup> Loi n°89/18 du 13/01/1989 portant diverses mesures d'ordre social.

<sup>2</sup> Source : données communiquées par la Ville de Nanterre et extraites du Projet d'établissement du CASH 2008-2012.

<sup>3</sup> Source : CPAM 92, situation AME et CMU-CMUC au 08/2008 (Annexe 3)

et P-H Bréchat présentant un handicap social important<sup>1</sup>. Ces éléments doivent entrer en ligne de compte lors de l'évaluation de la performance du processus de facturation/recouvrement car la prise en charge d'une patientèle d'origine étrangère et/ou en situation de précarité génère des difficultés supplémentaires (problèmes de communication, absence de couverture sociale...) sur la chaîne de facturation et de recouvrement.

Structurée autour de 287 lits et 64 places, l'offre de soins de Max Fourestier se compose d'activités de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, de SSR et de psychiatrie, organisées en 4 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique (plus 1 pôle de soutien administratif et logistique). Depuis 2005, les indicateurs d'activité et de performance sont à la hausse ou s'améliorent avec une croissance de l'activité de 2,7% entre 2006 et 2007, une augmentation de nombre d'entrées totales (14 754 en 2005 et 15 872 en 2007), une augmentation du taux d'occupation (78,7% en 2005 et 81,1% en 2007), une diminution de la durée moyenne de séjour (6,58 en 2005 à 5,55 en 2007).

### **1.3.2 La situation déficitaire de l'hôpital Max Fourestier en contexte de T2A**

La mise en place progressive de la T2A a révélé les importantes difficultés financières de nombreux établissements. Le déficit prévisionnel des établissements de santé a atteint 254 M€ en 2006, les reports de charges sur exercices antérieurs ayant fortement contribué au déficit<sup>2</sup>. Pour 2007, s'agissant des seuls CHU, les données disponibles font état d'un déficit prévisionnel de 400 M€. Selon la DHOS, à la fin de l'exercice 2006, une cinquantaine d'établissements de santé connaissent des situations délicates avec un déficit d'exploitation en pourcentage des recettes supérieur à 2%. Cette statistique tient compte d'un retraitement lié au caractère exceptionnel de l'exercice 2006, avec l'intégration des reports de charges des exercices antérieurs ; elle prend également en compte des aides exceptionnelles versées par les ARH à certains hôpitaux<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> L'expression « handicap social » a été introduite par la loi du 19/11/1974. Elle permet de rendre compte de la situation dans toutes ses dimensions, et de ne pas se focaliser sur une causalité unique. Le handicap social se présente en effet comme un ensemble de 14 indicateurs, relevant de 6 domaines, construit dans le but de mesurer une situation particulière dans un lieu et un temps défini, et non de catégoriser des individus. BRECHAT PH., CASTIEL D., GRENOUILLEAU MD., 2007, « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med.*

<sup>2</sup> VASSELLE A., CAZEAU B., 06/2008, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur la gestion de l'hôpital*, p 20-21

<sup>3</sup> Ibid

Pour la région Ile-de-France, en 2007, 58% des établissements (hors AP-HP) ont enregistré un EPRD déficitaire, soit après consolidation des données un déficit d'exploitation régional de 87 516 318€.<sup>1</sup> Le déficit structurel s'élèverait à plus de 150 millions d'euros. La tendance des EPRD initiaux de 2008 fait état d'un déficit prévisionnel compris entre 65 et 75 millions d'euros.

L'hôpital Max Fourestier n'échappe pas à ce constat. Longtemps masqués par le système des « reports de charges »<sup>2</sup>, les déficits se sont petit à petit creusés<sup>3</sup> :

- **en 2005**, l'établissement affichait un excédent d'environ 1,4 M€ avec une aide de l'ARH pour l'exercice se montant à 3,1 M€. Le résultat réel de l'exercice 2005 était donc déficitaire d'1,7 M€, soit 1,92% des recettes, hors aide de l'ARH.
- **en 2006**, le déficit de l'établissement était de 2,8 M€, soit 3,07% du total des recettes. L'ARH a versé à l'établissement une aide exceptionnelle d'un montant de 7,5 M€, ce qui a creusé le déficit réel à 10,3 M€. Le report des charges des exercices antérieurs en 2006 explique en partie l'évolution haussière du déficit entre 2005 et 2006.
- **en 2007**, le compte financier de l'établissement fait état d'un déficit de 1,3 M€, soit 1,4% du total des recettes. L'aide de l'ARH a été de 2,3 M€ et un transfert de la dotation annuelle complémentaire vers les MIGAC a doté l'établissement de 1,7 M€ d'aide supplémentaire. Le déficit réel 2007 était donc de 5,3 M€, hors aides exceptionnelles.

De plus, l'établissement supporte un stock très important de créances irrécouvrables qui s'élève en 2007 à un total d'environ 11 M€.

C'est en 2006 que les autorités de tutelle ont demandé à l'hôpital Max Fourestier de mettre en place un plan de retour à l'équilibre financier (ex- Contrat de Retour à l'Equilibre des Finances : CREF). Par une circulaire du 14 juin 2004, les autorités de tutelle ont mis en place ces contrats assortis d'une aide nationale non reconductible de 300 M€, afin d'assainir la situation financière des établissements fortement marqués par l'absorption des reports de charges. Le PREF de l'hôpital Max Fourestier est négocié dans le cadre des annexes financières du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM). Il se structure autour de quatre axes : ressources humaines, métier médical, investissement et recettes. Pour 2007, l'objectif fixé était la diminution du déficit courant de 2 M€. L'objectif de résorption du déficit est fixé à horizon 2010.

---

<sup>1</sup> GALY M., « La situation financière des EPS franciliens » in CA FHF-IDF, 19 juin 2008 du disponible sur Internet : <http://www.urhif.asso.fr>

<sup>2</sup> Le système des reports de charges consistait à ne pas comptabiliser des charges au cours d'un exercice, et notamment les charges d'amortissements ou de provisions, faute de crédits suffisants.

<sup>3</sup> Données issues des comptes financiers 2005, 2006, 2007 votés en conseil d'administration.

Enfin, depuis juin 2007, l'hôpital Max Fourestier est accompagné par une mission d'appui, composée de deux conseillers généraux des établissements de santé, à la demande de l'ARH.

En synthèse, c'est tout un contexte de contraintes ou d'opportunités qui a poussé le centre hospitalier Max Fourestier à s'engager, en 2008, dans un projet de rénovation de sa chaîne de facturation / recouvrement :

- l'accélération de la mise en œuvre de la réforme T2A et la perspective de la facturation au « fil de l'eau » font de la gestion de la trésorerie un enjeu plus que jamais crucial à maîtriser ;
- l'engagement de l'établissement dans un PREF depuis 2006 et son objectif de résorption du déficit d'ici 2010 ;
- la mission d'appui menée sur l'établissement depuis 2007 qui a souligné l'importance de ce projet comme levier d'action dans la stratégie de retour à l'équilibre des finances.

Il s'agit maintenant de s'intéresser au projet tel qu'il a été envisagé à l'hôpital Max Fourestier : comment ce projet complexe de par ses enjeux et les nombreux acteurs qu'il implique s'est-il construit ? Quels sont les dysfonctionnements qui émergent à l'issue de la première phase du projet, la phase de diagnostic ?

## **2- ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU PROCESSUS DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT A L'HOPITAL MAX FOURESTIER**

La réflexion sur les différents circuits du patient à l'hôpital Max Fourestier et la performance de la chaîne de facturation a été menée dans le cadre d'une démarche projet. Savoir diriger un projet est une véritable compétence qui s'acquiert au cours de l'expérience, à condition de prendre le temps d'analyser les projets auxquels on est amené à participer, d'en comprendre la dynamique et de s'approprier, personnaliser des outils et des méthodes simples de conduite de projet.

Les objectifs de cette deuxième partie sont doubles :

- analyser dans un premier temps l'architecture d'une démarche projet et sa construction méthodologique à travers l'expérience du projet de facturation/recouvrement mené à l'hôpital Max Fourestier ;
- présenter dans un deuxième temps les résultats concrets de la phase de diagnostic qui s'est concentrée sur l'analyse de terrain des circuits du patient et de facturation par des rencontres et enquêtes auprès de l'ensemble des acteurs concernés par le projet.

La littérature sur le processus de facturation est abondante et s'est considérablement étoffée ces dernières années. La Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitaliers (MEAH) a notamment entamé un chantier « Recouvrement des produits hospitaliers » et diffusé plusieurs guides méthodologiques à destination des établissements ayant l'objectif de revoir l'organisation de leur chaîne de facturation. Un travail préalable de recherche bibliographique a permis de constituer une solide base documentaire sur laquelle il a été possible de s'appuyer dans la phase de construction du projet. Outre les différents documents proposés par la MEAH, il faut citer également les travaux du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), le guide méthodologique élaboré en commun par la Direction Générale de la Comptabilité publique et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2006.

## **2.1 Méthodologie de la conduite de projet : apports théoriques et mise en œuvre pratique**

La conduite d'un changement organisationnel et culturel aussi important que celui-ci (de par ses enjeux financiers, ses enjeux techniques, la multiplicité des acteurs concernés...) doit s'inscrire dans un processus organisé reposant sur le déploiement d'une démarche de gestion de projet.

### **2.1.1 Définition et première analyse théorique de la conduite de projet**

L'AFNOR définit un projet : « comme une démarche spécifique, qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir ». <sup>1</sup> En tant qu'action collective, un projet doit s'appuyer sur :

- une culture ou un ensemble de normes communes qui permettent à des individus d'échanger, de se comprendre, de s'accorder sur des orientations pour l'action, de régler les différends ;
- des transactions par lesquelles chacun peut faire valoir son intérêt en fonction de ceux des autres ;
- des liens interpersonnels qui sont soudés par la culture partagée et les transactions, mais qui favorisent également l'attachement à un groupe et à ses normes.

Cet ensemble fondateur est mis en cause dans des situations d'anomie qui peuvent être créées autant par des dispositifs organisationnels que par des mouvements individuels. Dans ce cas, les normes, quelles qu'elles soient, sont systématiquement malmenées : aucune stabilité ne parvient à s'y construire, les accords sont rarement respectés, les tensions inter-indivuelles sont attisées, les points de repères disparaissent. Aucune confiance ne peut se développer, les actes de communication où se manifestent une absence d'engagement, de l'inauthenticité, de la manipulation ou de la tromperie se généralisent.

La complexité de la gestion de projet réside donc dans cette tension : d'un côté la difficulté de créer un ensemble de normes communes entre des individus qui ne partagent pas nécessairement la même culture, ni les mêmes intérêts et de l'autre côté la nécessité de veiller à ce que les intérêts particuliers ne viennent pas remettre en cause l'action collective qui est en train de se construire.

---

<sup>1</sup> AFNOR, 2004, *Management de projet*, p 64.

C'est pourquoi, la gestion de projet doit être structurée par des règles et des outils.

La démarche de projet mise en place à l'hôpital Max Fourestier s'est construite sur une méthodologie rigoureuse respectant les 3 grandes phases d'un projet<sup>1</sup> :

**1/** une phase de construction de la démarche de projet à partir de la problématique du projet ;

**2/** une phase de réalisation ;

**3/** une phase de conclusion et d'évaluation.

Si ces trois phases apparaissent toujours dans les projets, leur contenu et leurs modalités, leur durée, leur niveau d'explicitation varient considérablement d'un projet à l'autre. Cette variabilité tient simplement à « l'alchimie sociale » sur laquelle repose tout projet (d'un lieu à l'autre, les êtres humains ont des normes, notamment de travail, différentes et dans le temps, ils apprennent des expériences passées.) Il n'existe donc pas de démarche type dont la mise en œuvre serait une garantie de succès. Il existe par contre des recommandations et des instruments, propre à chaque phase dont l'utilisation peut être utile selon le contexte et la manière d'en user.

### **2.1.2 La phase de construction du projet**

La phase de construction d'un projet est l'étape où s'analysent les enjeux de la démarche de projet, se précisent ses objectifs, s'identifient les risques et se conçoit la démarche selon toutes les dimensions d'un projet. Elle se décompose ici en trois temps : une analyse de la problématique générale dans laquelle s'inscrit le projet ; un pré-diagnostic de la situation de la chaîne de facturation/recouvrement pour mettre en exergue les points de défaillance d'ores et déjà pressentis ; enfin l'élaboration de la démarche de projet en tant que tel, à savoir la formalisation des objectifs et des moyens mis en œuvre pour faire face à la complexité de ce projet, le calendrier et l'organisation humaine du projet.

A) L'analyse de la problématique du projet de rénovation du processus de facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier

L'analyse de la problématique d'un projet consiste à préciser la finalité du projet et son contexte afin d'élaborer une démarche adéquate. Elle suppose de caractériser

---

<sup>1</sup> DUMOND J-P, 2007, *La conduite de projet*, ENSP

l'environnement du projet, d'identifier les acteurs concernés et d'analyser les enjeux pour les différents acteurs concernés ; enfin d'identifier les risques, c'est-à-dire les difficultés et les obstacles pouvant survenir lors de la réalisation du projet (par exemple, le projet est vécu comme une contrainte, les individus ne se comprennent pas, le projet est surdimensionné).

a) *L'environnement du projet est-il suffisamment « porteur » pour entamer la démarche projet?*

L'analyse SWOT<sup>1</sup> démontre l'importance de savoir identifier, en amont de la construction de la démarche projet, les opportunités et les menaces qui pourraient favoriser ou nuire au projet. Dans le cas de l'hôpital Max Fourestier, plusieurs éléments de contexte externe/interne, dont certains ont d'ores et déjà été présentés (le contexte général d'avancée de la réforme du financement, le contexte particulier de l'établissement avec la mise en place d'un PREF depuis 2006, la mission d'appui menée en 2007, l'environnement socio-économique difficile), ont fortement poussé à la mise en place du projet. Il faut cependant encore ajouter un autre déterminant. En effet, depuis le début de l'année 2008, l'établissement est associé à un groupe de travail organisé par l'ARH d'Ile de France pour réfléchir à la création de procédures pratiques de résolution des problèmes liés à la télétransmission (traitement des rejets, mise en place d'outils de suivi...). Ces réunions, animées par le cabinet Atos origine, rassemblent un panel d'établissements de la région parisienne, des représentants de l'assurance maladie et du Trésor. La participation de l'hôpital Max Fourestier aux travaux de ce groupe contribue à la mise en place du projet de refonte du processus de facturation/recouvrement, en accentuant la prise de conscience des enjeux et de la difficulté qui attendent les établissements lors du passage complet à la facturation directe, individuelle et au « fil de l'eau ».

En synthèse, il semble que le contexte externe/interne dans lequel l'établissement évolue a été suffisamment porteur ou contraignant, en fonction du point de vue adopté, pour que la décision de mettre en place le projet de rénovation de la chaîne de facturation/recouvrement soit arrêtée par la direction générale comme une priorité pour l'année 2008. Le projet a donc été lancé dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2008.

---

<sup>1</sup> L'analyse SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) est un outil permettant d'effectuer un diagnostic externe et un diagnostic interne d'un projet afin de déterminer les options stratégiques envisageables.

*b) Quels sont les différents acteurs concernés par ce projet et quels sont leurs intérêts?*

Le processus de facturation/recouvrement est un processus administratif transversal imbriqué dans le processus de production de soins qui fait intervenir de nombreux acteurs, cloisonnés et ne partageant pas une culture commune de la facturation. Cette multiplicité d'acteurs signifie également une diversité d'intérêts particuliers et d'enjeux à prendre en compte dans l'analyse de la problématique de construction du projet. Sans être nécessairement divergents, les enjeux peuvent ne pas être partagés par l'ensemble des professionnels. L'un des objectifs de la gestion de projet et l'une des tâches qui incombe au chef de projet va être d'arriver à faire émerger une problématique commune, voire d'arriver progressivement à créer une culture partagée entre les différents participants de telle manière que les intérêts particuliers, sans disparaître, puissent s'accorder les uns avec les autres.

Le tableau ci-dessous représente les acteurs qui ont été associés directement au projet et les objectifs mis en avant par chacun pour participer au déploiement du projet d'amélioration du processus de facturation/recouvrement. Ils sont nécessairement divers. En effet, l'objectif par exemple de la Recette Générale des Finances de voir s'améliorer les indicateurs de recouvrement au CASH de Nanterre n'est vraisemblablement pas partagé par les agents d'accueil et les secrétaires médicales. Et inversement. De plus, derrière ces motivations, se cachent aussi des intérêts, plus ou moins ouvertement exprimés, qu'un chef de projet doit prendre le temps d'analyser car ils permettent de mieux comprendre les différents positionnements des acteurs dans le projet.

En effet, les attentes des participants, exprimées ou non, doivent être prises en compte par le chef de projet car c'est un facteur déterminant de leur degré d'engagement dans le projet. Si un groupe d'acteurs a le sentiment que ses intérêts ne sont pas entendus, ni pris en compte, il est certain que son investissement risque d'être minimal. Mais le chef de projet doit aussi veiller à ce que les intérêts particuliers « implicites » ne viennent prendre le pas sur les objectifs affichés du projet.

La réussite du projet dépend donc en grande partie de la capacité du chef de projet à gérer cette « tension » inhérente à tout projet impliquant un grand nombre d'acteurs aux références, cultures et intérêts différents.

<b>Représentation des objectifs exprimés et des intérêts implicites des acteurs impliqués dans le projet</b>		
<b>Acteurs de l'hôpital Max Fourestier impliqués dans le projet</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Intérêts implicites</b>
RGF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le taux et les délais de recouvrement des factures</li> <li>• Diminuer le nombre de procédures de relance de paiement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplir les objectifs de performance interne aux services de la RGF qui sont fixés chaque année aux comptables publics.</li> </ul>
Agents du bureau des entrées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer leurs conditions de travail au quotidien, qu'il s'agisse du front office chargé de l'accueil des patients ou du back office chargé de traiter les dossiers de facturation et de contentieux.</li> </ul>	
Responsable du bureau des entrées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la performance de son service.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire reconnaître sa légitimité et ses compétences en tant que nouveau responsable du bureau des entrées, tant auprès de ses agents que de sa hiérarchie.</li> </ul>
Secrétaires médicales et Agents d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter les procédures d'enregistrement.</li> <li>• Ne plus avoir à rectifier les erreurs commises au bureau des entrées.</li> <li>• Réduire le nombre des dossiers doublons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer leurs conditions de travail au quotidien.</li> </ul>
Médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifier les procédures de codification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire au maximum leurs tâches administratives au quotidien.</li> </ul>
DIM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la rapidité et l'exhaustivité du codage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la performance de son service</li> <li>• Améliorer leurs conditions de travail au quotidien.</li> </ul>
Directeur des finances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la gestion de trésorerie de l'établissement.</li> </ul>	

*c) Quels sont les principaux risques identifiés ?*

A la fin de cette première étape de réflexion, plusieurs risques peuvent être identifiés :

**1/** La diversité des intérêts particuliers en jeu peut être un facteur de blocage du projet si le chef de projet ne parvient pas à les présenter et les faire accepter par tous comme participant d'un seul et même objectif : améliorer la performance et la qualité du processus sera bénéfique à chacun et donc à tous.

**2/** Des cultures différentes entre acteurs, ce qui peut générer de forts problèmes d'incompréhensions et empêcher une bonne communication nécessaire au déroulement du projet.

Une fois ces éléments d'analyse du contexte posés, il convient de réaliser un premier diagnostic de la situation du processus de facturation/recouvrement. Cette étape est importante car c'est elle qui va permettre de mettre en lumière les points de difficultés de la chaîne de facturation. Le pré-diagnostic peut ensuite être utilisé comme un outil de communication auprès des différents groupes d'acteurs concernés par le projet car l'objectivation chiffrée des difficultés rencontrées dans le processus de facturation/recouvrement est un moyen efficace de leur faire reconnaître la nécessité du projet et de recueillir leur adhésion.

B) Le pré-diagnostic de la situation de l'établissement : analyse de l'état de recouvrement des créances

Le pré-diagnostic de la situation de l'établissement a été élaboré sur la base du compte financier 2007 du comptable voté en conseil d'administration, un tableau de suivi du recouvrement des titres d'hospitalisation et de soins transmis par la RGF d'une part et les données extraites du logiciel de gestion administratif des patients et de facturation, CPAGE d'autre part. L'année 2006 a été choisie comme base de référence afin d'éliminer les biais liés au non-recouvrement d'actes dus à des délais excessifs de recouvrement.

Quatre éléments ont été plus particulièrement analysés :

- 1/** le montant des restes à recouvrer (part des titres émis qui n'a pas donné lieu à encaissement à la date de clôture des comptes) pour 2006 à trois dates différentes<sup>1</sup> ;
- 2/** la répartition des restes à recouvrer (RAR) par type de titre (hospitalisation ou consultation), par débiteur (hospitalisés et consultants, caisses de sécurité sociale, Etat, mutuelles) et la répartition par tranches de montant ;
- 3/** le nombre d'annulations de titres ;
- 4/** les délais de rotation des créances en nombre de jours.

Pour 2006, la prise en charge totale des titres de recettes par la RGF, tous débiteurs confondus, s'élevait à 81 392 titres pour un montant de 7 827 093 €.

---

<sup>1</sup> Les extractions ont été réalisées au 15/03/2007, 07/02/2008 et 29/08/2008. Cette dernière date est postérieure à l'analyse faite dans le cadre du projet. Néanmoins, il a semblé intéressant de présenter les éléments les plus récents extraits par la RGF. L'analyse faite sur l'extraction du 29/08/2008 confirme le diagnostic réalisé en mai/juin 2008.

## **1/ Le montant des restes à recouvrer pour 2006**

Au 15/03/2007, les restes à recouvrer 2006 tous débiteurs confondus se montaient à 2 391 150 €, soit un taux de recouvrement de 69%. Au 07/02/2008, il restait encore 978 928 € de titres à recouvrer. Au 29/08/2008, ce montant était de 821 448 € (soit 15 509 titres), les consultations représentant 47% du montant total des RAR 2006 et les hospitalisations 53% du total.

<b>RAR exercice 2006 tous débiteurs confondus</b>	<b>15/03/2007</b>	<b>07/02/2008</b>	<b>29/08/2008</b>
<b>Montant des RAR</b>	2 391 150€	978 928€	821 448€
<b>Taux de recouvrement</b>	69%	87,5%	89,5%

A titre de comparaison, le diagnostic réalisé pour les 8 établissements participant au chantier MEAH<sup>1</sup> montre que le taux de recouvrement moyen des titres pour l'exercice 2005 est de 85%, 8 mois après la clôture de l'exercice. L'hôpital Max Fourestier n'atteint ce taux qu'au bout de 13 mois. La trésorerie de l'établissement est obligatoirement impactée par cet étalement dans le temps du recouvrement des créances d'un exercice.

## **2/ La répartition des RAR par type de titre, par débiteur et par tranches de montant**

La répartition par débiteur montre que les restes à recouvrer à l'encontre des particuliers sont les plus importants (95% du montant des RAR 2006 au 29/08/2008). A cette date, 777 249 € restent à recouvrer au titre des créances hospitalisés et consultants de l'exercice 2006, soit un taux de recouvrement pour les particuliers au 29/08/2008 de 71,78%. Les difficultés de recouvrement à l'égard des particuliers peuvent s'expliquer en partie par la forte proportion de populations d'origine étrangère et/ou précarisées prises en charge à l'hôpital Max Fourestier. En effet, les procédures d'amission et d'enregistrement pour ces patients sont en général plus difficiles à mener (problème de communication, absence de document d'identité, patients sans couverture sociale...). Mais cette analyse ne peut suffire à justifier les difficultés de recouvrement à l'égard des particuliers. L'explication est aussi à rechercher du côté de l'organisation et de la qualité même de la procédure d'accueil, ce qui sera approfondie dans l'analyse des circuits du patient à l'hôpital.

---

<sup>1</sup> MEAH, 01/2007, *Recouvrement des produits hospitaliers*, Rapport de fin d'étape, disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr>

S'agissant de la répartition par tranches de montant, sur les 15 509 titres restant à recouvrer, les titres de moins de 150 euros représentent 47% du montant total en euros, soit 388 633 €. Les titres inférieurs à 150 euros restant à recouvrer sont à 92% émis à l'encontre des hospitalisés et consultants. Ils correspondent à des consultations avec ou sans exploration d'imagerie ou d'acte de biologie médicale. Il semble que le recouvrement des consultations et des actes externes soit donc particulièrement problématique à l'hôpital Max Fourestier, au vu des montants restants à recouvrer au 29/08/2008.

### **3/ Le nombre d'annulations de titres**

Le ratio annulations/titres émis par l'établissement est de 13,19% soit 10731 titres annulés pour l'année 2006. Il se situe autour de 10% depuis 2003. Ce ratio est important tant en volume que rapporté au nombre de titres émis. En effet, il est intéressant de noter que le diagnostic réalisé pour les 8 établissements participant au chantier MEAH montre que le taux d'annulation se situe entre 0,0% et 7,6%. Le ratio annulations/titres de l'hôpital Max Fourestier est bien supérieur, ce qui d'emblée permet de supposer une qualité insatisfaisante du recueil d'informations administratives dès l'admission du patient.

### **4/ Les délais de rotation des créances en nombre de jours.**

Enfin, les délais de rotation des créances en nombre de jour par débiteur (montant des titres émis/montant des restes à recouvrer) étaient en augmentation en 2006 du fait de l'émission tardive des titres et des difficultés de mise en place de la réforme. Néanmoins, en moyenne le délai de rotation des créances est de l'ordre de 6 mois pour les titres émis à l'encontre des particuliers et de trois mois minimum pour toutes les autres catégories de débiteurs (hors AME/CMU).

En synthèse, le montant des RAR des titres émis à l'encontre des particuliers est le plus important tant en nombre qu'en montant total des sommes à percevoir (1 an et demi après la fin de clôture de l'exercice 2006, près de 30% de la prise en charge totale des titres 2006 pour les hospitalisés et consultants n'est toujours pas recouverts). Le recouvrement des consultations et actes externes est problématique. Enfin le taux d'annulation de titres est particulièrement élevé. Autant d'éléments qui reflètent la défaillance du processus de facturation/recouvrement et qui expliquent pourquoi l'établissement supporte depuis de nombreuses années un stock de créances irrécouvrables qui s'élève aujourd'hui à environ 11 millions d'euros (ainsi, entre 2005 et 2007, les créances admises en non valeur représentent 2,8 M€. Pour la seule année 2005, le montant des créances admises en non valeur s'élève à 1,5 M€, soit 1,64% du total des charges de l'exercice).

Suite à cette première évaluation de la chaîne de facturation/recouvrement, et dans le cadre du diagnostic des circuits du patient, les trois problématiques suivantes seront à examiner :

**1/** Quelle est la qualité des factures émises (identitovigilance) ?

**2/** Les circuits du patient à l'hôpital sont-ils suffisamment lisibles et ergonomiques pour éviter au maximum la déperdition d'informations?

**3/** Quelle est la capacité de l'établissement à faciliter l'encaissement direct des consultations ?

C) La finalisation du prédiagnostic : l'élaboration d'une démarche de projet

A l'issue de cette phase de problématisation et de pré-diagnostic qui permet de faire une première évaluation de la performance du processus de facturation/recouvrement au vu de l'analyse sur 2006 de l'état de recouvrement des créances, une démarche de projet formalisée a été élaborée par le chef de projet. Cette étape est essentielle car c'est là que se construit le cadre précis (objectifs, calendrier, équipes...) dans lequel le projet va être lancé et déployé. La réussite du projet en dépend. Une fois construit, ce « document-cadre » est présenté, par le chef de projet, aux acteurs participant au projet. Il devient également un outil de communication à utiliser lors des réunions de présentation ou de lancement du projet. Ainsi, le document de présentation du projet, tel que décrit ici, a été présenté lors de la réunion rassemblant l'ensemble des secrétaires médicales et agents d'accueil afin de leur exposer les raisons de la mise en place du projet de rénovation de la chaîne de facturation/recouvrement, les objectifs, le calendrier et l'équipe projet. Cette réunion a permis de motiver les agents et de préparer le terrain pour l'étape suivante, à savoir le travail de diagnostic des circuits des patients et de facturation dans les services.

a) *Le périmètre du projet*

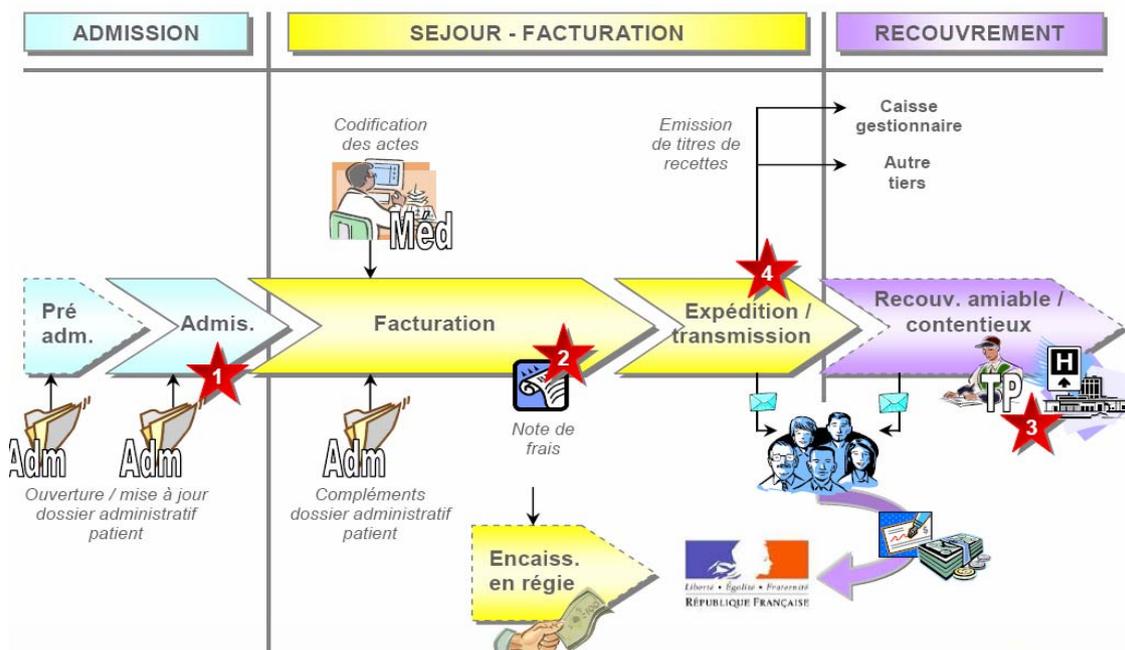
Le schéma descriptif général du processus de facturation/recouvrement hospitalier reproduit par la MEAH identifie 4 points clés critiques pour la performance de ce processus<sup>1</sup> :

- 1- La prise en charge administrative du patient de son arrivée à sa sortie de l'établissement.
- 2- La qualité, l'exhaustivité et la rapidité du codage des données médicales.
- 3- L'efficacité de la facturation et du recouvrement.
- 4- Les relations avec les partenaires extérieurs intervenant à la fin du processus de facturation/recouvrement : Assurance maladie, Mutuelles, Trésor.

---

<sup>1</sup> MEAH, 01/2008, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés*, Rapport de phase 4, disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr>

## Schéma d'analyse du processus de facturation/recouvrement



Le projet à l'hôpital Max Fourestier prend en compte chacune de ces étapes. Il s'agit en fait de réaliser le bilan des circuits en place, des pratiques, des rôles et des responsabilités...Entrent donc dans le périmètre du projet le bureau des entrées, l'ensemble des services de soins – hospitalisations et consultations – des services médico-techniques (et plus particulièrement le service d'imagerie) et les urgences. Au sein de ces services ont été sollicités toutes les personnes concourant à l'activité de facturation Le projet associe également : le médecin DIM, la RGF et les chefs de services.

### *b) Les objectifs du projet*

L'objectif général du projet est d'améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement, en verrouillant les interfaces stratégiques de la chaîne de facturation et en décroissant les différents maillons de cette chaîne pour faire du processus un levier d'action efficace garantissant le niveau de trésorerie de l'établissement.

Des objectifs à court terme (1 an) ont également été déterminés, grâce au pré-diagnostic sur l'état des créances réalisé en amont :

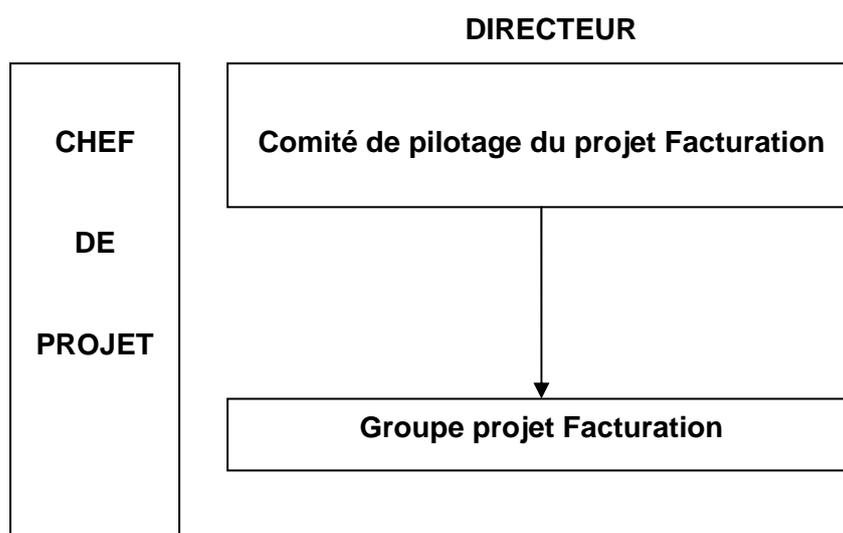
- 1/** diminuer les montants des factures annulées pour les particuliers de 10% en un an (soit un gain potentiel de 90 000 €) ;
- 2/** diminuer les montants des factures annulées pour l'Etat de 10% en un an (soit un gain potentiel de 28 000 €) ;
- 3/** améliorer l'encaissement direct en caisse.

c) Le calendrier du projet

<b>Chronologie de déploiement du projet</b>			
<b>ETAPES</b>	<b>Activité</b>	<b>Durée</b>	<b>Date de fin</b>
<b>ETAPE 1</b>	Etat des lieux organisationnel	4 mois	15/05/2008
<b>ETAPE 2</b>	Elaboration du plan d'actions	1 mois	15/06/2008
<b>ETAPE 3</b>	Mise en œuvre des actions	6 à 7 mois	Dès le 16/06/2008
<b>ETAPE 4</b>	Evaluation		25/01/2009

d) L' « organisation humaine » du projet

L'ultime étape d'élaboration d'une démarche de projet est celle de l'organisation humaine. Jean-Paul Dumond parle ici d'une construction « politique »<sup>1</sup>. Elle exprime des positions de pouvoir (par les rôles accordés aux uns et aux autres), une conception de l'action (consultative, participative) et une orientation donnée au projet. L'organisation humaine consiste à mettre en place une structure de projet incluant un comité de pilotage et une équipe projet dédiée. Le projet d'amélioration des circuits du patient et de rénovation du processus de facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier est structuré de cette façon. Le comité de pilotage et le groupe projet sont pilotés par un chef de projet.



<sup>1</sup> DUMOND, J-P, 2007, *Conduite de projet*, ENSP

#### ◆ **Le chef de projet**

Le rôle du chef de projet est essentiel. Il lui revient de définir la démarche de projet et son organisation, de rendre compte de l'avancement du projet à chaque réunion du groupe projet et du comité de pilotage et de procéder à l'évaluation finale du projet. Il joue un autre rôle d'une importance majeure dans un chantier aussi complexe que celui de la facturation : un rôle d'animateur du changement.

Dans le cadre du projet d'amélioration du processus de facturation/recouvrement, le directeur a choisi de nommer chef de projet le délégué qualité/gestion des risques de l'établissement. Ce choix n'est pas anodin : le fait de nommer le responsable de la qualité « chef de projet facturation » permet de faire une liaison intéressante entre la rénovation de la chaîne de facturation et la démarche qualité. Dans ce cadre, l'évolution des modes d'organisation pour le recueil des informations ne sera pas vue dans l'optique seule de fournir de l'information juste et précise pour la facturation, mais dans une démarche plus large d'amélioration de la constitution du dossier patient pour une meilleure qualité des soins.

#### ◆ **Le groupe projet**

Par définition, une équipe projet doit réunir les personnes les plus directement en charge du projet et dont la compétence est indispensable pour la réalisation du projet : les experts métiers. Elle a une vocation opérationnelle.

Le groupe projet « processus facturation » qui a été constitué à l'hôpital Max Fourestier est composé de cinq participants : le directeur des affaires financières, le médecin DIM, le responsable du bureau des entrées, un représentant de la RGF, l'élève-directeur d'hôpital.

#### ◆ **Le comité de pilotage**

C'est l'instance opérationnelle de suivi des projets. Le rôle du comité de pilotage est stratégique. En effet, le projet touche à la performance du processus de facturation et donc directement à l'obtention des recettes de l'établissement. La direction générale doit en être le promoteur et le comité doit regrouper des décideurs capables de rendre les arbitrages nécessaires à la conduite de projet.

Le comité de pilotage « processus facturation » est présidé par le directeur de l'établissement. Il est composé des personnes participant au groupe projet, de la directrice adjointe chargée de la mission PREF et d'un médecin. Il se réunit régulièrement : à chacune des quatre étapes du projet et une fois par mois pour le suivi du déploiement de l'étape 3.

La phase de construction du « projet facturation » s'est achevée par une réunion de lancement du projet réunissant les membres du comité de pilotage et qui a permis de donner à l'équipe projet le « feu vert » pour démarrer la phase de diagnostic des circuits du patient et du processus de facturation/recouvrement.

## **2.2 Analyse des dysfonctionnements des circuits du patient et du processus de facturation/recouvrement de l'hôpital Max Fourestier**

L'étape 1 – état des lieux organisationnel – qui s'est déroulée sur 4 mois a permis de mettre en exergue tous les dysfonctionnements rencontrés quotidiennement aux différentes étapes du processus de facturation/recouvrement. Au total onze services de soins et le bureau des entrées ont servi de base à l'élaboration du diagnostic.

La démarche a consisté à analyser les circuits du patient et de la facturation à chaque étape clé du processus :

- ◆ **Etape clé n°1** : Accueil administratif des patients et qualité de la collecte et de la transmission des données du patient ;

- ◆ **Etape clé N°2** : Codification des actes, qualité et rapidité des données médicales recueillies (actes, mouvements) pour un encaissement ou un recouvrement rapide ;

- ◆ **Etape clé N°3** : Efficacité de la facturation et du recouvrement.

L'objectif de cette partie est de présenter une synthèse des dysfonctionnements rencontrés sur l'ensemble du processus (de l'étape 1 à l'étape 3) et de faire ressortir les principaux éléments sur lesquels il va falloir agir pour améliorer la performance de la chaîne de facturation/recouvrement. La description des étapes clés du processus est directement insérée dans la présentation des dysfonctionnements.

### **2.2.1 Un recueil de l'information administrative et médicale non exhaustif et défaillant : une méconnaissance des règles administratives et pratiques hétérogènes**

A) Des erreurs d'identification administrative du patient et existence de nombreux dossiers doublons

« La recherche du renseignement constitue la première étape de qualité et de délai maîtrisé de l'émission du titre. Elle est, par ailleurs, la condition sine qua non d'une action en recouvrement efficace et doit, en ce sens, faire l'objet d'une attention particulièrement

renforcée tant de la part des services ordonnateurs, que de la part des services comptables ». <sup>1</sup> L'accueil administratif du patient est une étape fondamentale du processus de facturation/recouvrement qui concerne de nombreux acteurs à l'hôpital – agents du bureau des entrées, agents d'accueil, secrétaires médicales –, d'où sa complexité. L'exigence de la facturation, renforcée depuis la suppression du taux de conversion, impose aujourd'hui de récolter une grande quantité d'informations pour chaque patient : l'état civil du débiteur (nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro de sécurité sociale...), son taux de prise en charge réel par l'assurance maladie et toutes informations nécessaires au calcul des exonérations du ticket modérateur.

Il existe trois points d'entrée ou d'accueil administratif à l'hôpital Max Fourestier : le bureau des entrées, la policlinique et les urgences. La policlinique est un service regroupant diverses consultations de médecine et de chirurgie, ainsi que la permanence d'accès aux soins (PASS) et le réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé). Les patients venant consulter à la policlinique sont donc directement enregistrés à cet endroit. Le service des urgences, géographiquement situé à 500m du bureau des entrées, est une porte d'entrée de l'hôpital et donc un autre point d'accueil administratif. Un agent d'accueil y est présent tous les jours de la semaine, 24h/24h pour procéder à l'enregistrement sur CPAGE des patients arrivant aux urgences générales ou gynécologiques (un développement est consacré plus spécifiquement aux difficultés rencontrées aux urgences en 2.2.3).

Le bureau des entrées est le principal point d'accueil administratif des patients hors urgence. Premier maillon du circuit des patients, il joue un rôle décisif dans la qualité et l'exhaustivité de l'information recueillie. Il est ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 17h et le samedi matin. En 2008, les effectifs du bureau des entrées sont de 20,6 équivalents temps plein (ETP) pour assurer les fonctions d'accueil et d'encaissement aux guichets, la gestion des dossiers d'hospitalisation et la facturation. En 2005, l'effectif total était de 23 ETP, soit une diminution de 10,4% en 4 ans. La partie « front office » du bureau des entrées est divisée entre des guichets d'accueil et des guichets tiers-payant.

A son arrivée à l'hôpital, tout patient hospitalisé en médecine ou venu pour une consultation est tenu de commencer par s'enregistrer au bureau des entrées (ou aux urgences le week-end). Les patients hospitalisés en chirurgie ont déjà effectué leur pré-admission lors de la consultation d'anesthésie.

---

<sup>1</sup> DHOS/DGCP, 2006, *Améliorer le recouvrement des produits hospitaliers : un enjeu partagé*, Guide méthodologique.

Les agents affectés à l'enregistrement du patient sur le logiciel de gestion administrative CPAGE doivent recueillir les données administratives (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, téléphone), et déterminer la couverture sociale de la personne. Une fois enregistrés, les patients reçoivent une fiche de circulation ou de pré-admission qui leur permet de se rendre dans le service de soins. Les consultants ou les hospitalisés sont ensuite accueillis dans les services par un agent d'accueil ou une secrétaire médicale. Ils doivent présenter leur fiche de circulation ou de pré-admission afin que l'agent d'accueil ou la secrétaire procède à son enregistrement administratif sur le logiciel CPAGE-patient : CDP.

Dès l'étape du bureau des entrées, la collecte d'informations administrative s'avère imparfaite et conduit à vicier la facturation et le recouvrement. Il est vrai que le recueil d'informations peut s'avérer plus compliqué à mener dans un hôpital comme Max Fourestier où les agents rencontrent des problèmes de communication avec certains patients, d'où une mauvaise prise d'informations. Ces éléments propres à l'environnement du CASH entrent en ligne de compte dans le diagnostic des défaillances du processus de facturation puisqu'ils jouent directement sur la qualité de la procédure d'enregistrement administratif. Cependant, ils ne sont pas suffisants pour expliquer les dysfonctionnements propres à cette étape clé.

En effet, le « verrouillage » des informations enregistrées à cette étape n'est pas assuré à 100%. Les règles administratives sont diversement connues par les agents et il n'existe pas une seule procédure d'enregistrement commune à toutes les personnes en charge de cette première étape mais plusieurs.

Les documents officiels d'identité ne sont exigés que pour les nouveaux patients et une simple vérification orale des éléments d'état civil du dossier d'un patient déjà venu est insuffisante et peut s'avérer inefficace lorsqu'un agent n'est pas formé aux techniques d'interrogation (ex : le fait de poser des questions fermées en « oui/non » laisse toute latitude au patient de ne pas mentionner un changement d'adresse, de numéro de téléphone. Ceci va impliquer pour la Recette Générale des Finances des recherches à faire en aval). Enfin, il arrive quotidiennement que des patients se présentent sans carte vitale ou avec celle d'un parent (selon les agents des guichets d'accueil, le phénomène d'« usurpation » de carte vitale est très fréquent).

Cette défaillance de la procédure d'enregistrement administratif au bureau des entrées est confirmée unanimement par les agents d'accueil et les secrétaires médicales des services de soins qui soulignent le grand nombre d'erreurs relatives aux informations d'état civil ou risque maladie du patient (fiche de circulation d'un patient X attribuée à un

patient Y, données manquantes, inversion du nom et du prénom, fausse date de naissance, changement d'adresse ou de numéros de téléphone non pris en compte, risque maladie erroné...) et l'existence de nombreux dossiers doublons dans la base CDP. En cas de constatations d'erreurs, l'agent d'accueil ou la secrétaire ne peuvent pas directement modifier le dossier administratif puisqu'ils n'ont pas accès à CPAGE. Plusieurs solutions sont pratiquées : certains agents appellent directement le bureau des entrées pour procéder à la modification, notamment s'il s'agit d'une erreur d'identité, d'autres renvoient le patient effectuer lui-même les modifications avec le bureau des entrées. Aucune procédure claire et homogène n'est mise en place.

Mais si les agents d'accueil et secrétaires médicales notent au quotidien les erreurs d'enregistrement administratif générées au bureau des entrées, force est de constater qu'ils ne jouent pas non plus leur rôle de « deuxième verrou ». En effet, selon les services, le contrôle de cohérence des données administratives de la fiche de circulation est plus ou moins fait, certains considérant que l'enregistrement administratif relève de la mission du bureau des entrées. Rares sont les agents vérifiant une nouvelle fois l'identité du patient avec pièce d'identité à l'appui et certains services n'effectuent même aucun contrôle de cohérence rigoureux sur l'état civil. Si bien qu'une erreur d'enregistrement au bureau des entrées peut ne pas être relevée à cette deuxième étape : la facturation est d'ores et déjà viciée et donnera lieu à un rejet de la part de l'assurance maladie.

#### B) Une exhaustivité et des délais de codage à améliorer

L'étape du codage est tout aussi fondamentale dans le processus de facturation. De sa qualité, son exhaustivité et sa rapidité dépend la performance de la chaîne de facturation/recouvrement. Or, l'organisation et les modalités de la remontée des informations médicales sont disparates d'un service à un autre voire d'un praticien à un autre. Aussi, les données de gestion des patients ne sont pas toujours fiables car absentes, incomplètes ou non-conformes à la réalité de la prise en charge médicale du patient.

S'agissant du codage des consultations (utilisation du logiciel CDP) ou des passages aux urgences (utilisation du logiciel URQUAL), celui-ci est effectué par de multiples personnes : agents d'accueil, secrétaires médicales, aides-soignantes, infirmières, praticiens hospitaliers ou internes, sages-femmes, manipulateurs radio. Globalement, le codage des consultations est effectué en temps réel soit dès l'arrivée du patient dans le service (anesthésie) ou à sa sortie. Mais il arrive que, par manque de temps, il soit fait dans la journée ou le lendemain. Exemple, en imagerie, où le flux de patient par jour est

le plus important, le codage ne peut pas systématiquement être fait en temps réel : les manipulateurs notent donc quotidiennement sur un cahier tous les actes qui n'ont pu être codés et transmettent tous les soirs à la cadre qui adresse au bureau des entrées les listes des patients non enregistrés. Après enregistrement au bureau des entrées, la codification est faite les jours suivants.

Des retards de codage de consultation dans les services ont une répercussion immédiate sur le processus de facturation/recouvrement puisque l'encaissement direct en caisse des consultations non codées est impossible. Ce constat est un élément de réponse à l'analyse faite au moment du pré-diagnostic et qui relevait les difficultés que rencontre l'établissement dans le recouvrement des consultations et actes externes.

S'agissant des séjours d'hospitalisation, le codage est décentralisé. Le compte-rendu d'hospitalisation est tapé par la secrétaire médicale, généralement au jour le jour. Le séjour du patient (diagnostic principal, diagnostics associés, actes techniques) est codé par les médecins sur une feuille de RUM ou, dans certains services, sur une feuille de RUM informatisée. La secrétaire médicale veille à ce que les feuilles de RUM soient remplies au fur et à mesure et joue un rôle de rappel auprès des médecins en retard dans leur codage.

Si la qualité du codage des diagnostics et actes CCAM s'est nettement améliorée, les actes infirmiers sont par contre encore très peu codés. Or, ce défaut d'exhaustivité est préjudiciable à l'établissement qui ne peut valoriser au plus juste les séjours des patients hospitalisés. La performance de la facturation dépend aussi des délais de codage. Ils peuvent varier de 48h à plusieurs semaines selon les médecins (aucun indicateur fiable de délai de codage n'existe aujourd'hui dans l'établissement). Or, dans la perspective du passage à la facturation « au fil de l'eau », le retard de codage pris par certains praticiens ne pourra plus être toléré car directement préjudiciable à la trésorerie.

Enfin, le bloc opératoire connaît ses propres dysfonctionnements. Le codage est effectué, en théorie, au bloc directement après chaque intervention mais dans la réalité, tous les médecins ne codent pas. Les règles de codage et de facturation induisent qu'il n'est pas possible de coder plus de deux actes par intervention et par praticien.

Au vu de ces nombreuses disparités, il apparaît indispensable de définir par service qui prend la responsabilité du codage, de fixer des délais contraignants, de l'acter dans un document et d'évaluer régulièrement les modalités de remontée des informations.

### C) Un outil informatique critiqué pour son manque d'ergonomie

Les nouvelles exigences que sont l'exhaustivité et la rapidité dans le codage imposent que l'outil informatique utilisé dans les services soit adapté, c'est-à-dire facile d'utilisation. Or, au quotidien, les agents rencontrent des difficultés liées à l'utilisation de CDP. Le logiciel est critiqué pour son défaut d'ergonomie (10 à 15 clics pour accéder au dossier complet), donc peu adapté par exemple à un service d'imagerie qui doit rentrer plus de 90 consultations par jour. A cela s'ajoute dans certains services, et particulièrement au bloc opératoire, un manque de matériel informatique (1 poste informatique pour l'ensemble du bloc opératoire ou 1 ordinateur pour 5 boxes de consultation en ophtalmologie), ce qui n'incite pas les médecins et les secrétaires médicales à coder en temps réel.

### **2.2.2 La problématique de l'architecture du CASH : des circuits des patients complexes et inadaptés aux nouveaux enjeux de la facturation/recouvrement**

#### A) Le contournement du bureau des entrées par les patients et les ambulanciers

Au CASH de Nanterre, le bureau des entrées est situé à l'entrée de l'hôpital et à proximité de la policlinique. Il faut cependant souligner le particularisme de la structure pavillonnaire de l'établissement : le bureau des entrées est en effet distant d'environ 500 mètres de tous les autres services d'hospitalisation et de consultation. Il faut ajouter à cela l'« éparpillement » des services de consultations répartis en 37 lieux différents au sein de l'établissement, ce qui complexifie incontestablement les circuits physiques du patient à l'hôpital. Le regroupement des consultations est un des projets « Hôpital 2012 » mais en attendant le lancement des travaux de restructuration de l'établissement, aucune solution alternative à cet « éparpillement » des lieux de consultation n'est proposée. Ces éléments liés à l'architecture du CASH doivent être pris en compte dans l'analyse des dysfonctionnements des circuits physiques du patient.

En effet, un phénomène de contournement du bureau des entrées a été constaté. De nombreux patients arrivent directement dans le service sans être passés au préalable au bureau des entrées et donc sans fiche de circulation. Si ce phénomène est en partie dû à l'organisation architecturale non optimale, il est aussi alimenté par certains médecins qui acceptent de recevoir directement en consultation un patient. En théorie et dans la grande majorité des cas, les agents d'accueil ou les secrétaires médicales renvoient systématiquement le patient ou sa famille s'enregistrer au bureau des entrées.

Mais dans la pratique et dans plusieurs services de consultation, la règle souffre quelques exceptions. En effet, la distance à parcourir et le temps d'attente peuvent être dissuasifs

pour un patient souffrant ou âgé, ce qui amène certains agents à procéder directement à l'enregistrement en téléphonant au bureau des entrées, à se rendre eux-mêmes au bureau des entrées avec les papiers du patient hospitalisé, ou bien à tolérer que le patient aille s'enregistrer après une consultation. Dans le premier cas de figure, les agents du bureau des entrées doivent donc non seulement procéder à l'enregistrement des patients présents en salle d'attente et gérer parallèlement les demandes ponctuelles et particulières des services de soins par téléphone. Cette situation peut facilement générer des erreurs dans la procédure d'enregistrement. Dans le second cas de figure, si le patient ne repasse pas au bureau des entrées pour « régulariser » sa consultation, il est certain qu'aucune structure administrative ne pourra ensuite se substituer au bureau des entrées lorsque le patient aura définitivement quitté l'établissement. L'information est alors perdue et la consultation ne pourra être facturée.

Ce phénomène de contournement du bureau des entrées concerne également les ambulanciers. Tous les jours, il arrive que certains ambulanciers refusent d'aller enregistrer les patients au bureau des entrées et amènent directement les patients dans le service. Un guichet spécifique leur est pourtant réservé afin qu'ils puissent couper les files d'attente. Si le patient est déjà venu, l'agent peut retrouver son dossier médical et l'ouvrir pour la consultation. Sinon, la consultation n'est pas enregistrée et donc non facturable pour l'hôpital.

La complexité des circuits et des articulations administration-médicales fragilise considérablement le processus de facturation. Il apparaît indispensable de réorganiser les circuits (tant de collecte d'information administrative que de facturation proprement dite) au plus près de la production des actes. Néanmoins, la multiplication des lieux de recueil d'information et de facturation ne doit pas multiplier les sources d'erreurs.

Ainsi, une décentralisation des caisses, atout incontestable du point de vue du parcours du patient, devra impérativement être accompagnée d'un système de management et de pilotage de la qualité du recueil des informations administratives.

### **2.2.3 Les spécificités des urgences et de l'imagerie**

#### **A) La spécificité des urgences**

Les urgences cristallisent les difficultés de recouvrement vis à vis de la population en difficulté en particulier la nuit et la représentation des patients voyant les urgences comme un service gratuit est difficile à renverser. A cela s'ajoute des contraintes locales comme les infrastructures inadaptées à l'accueil et à l'attente, avec des usagers préférant passer

par les urgences plutôt que par les admissions car ils savent que la procédure d'enregistrement aux urgences est plus « souple ». En effet, confrontés plus particulièrement aux problèmes d'agressivité, de patients arrivant sans pièce d'identité ni carte vitale, de patients étrangers arrivant sans prise en charge AME et sans attestation d'assurance, les agents d'accueil des urgences, par « lassitude » sont peut-être moins rigoureux dans la demande d'informations administratives. Ils ne peuvent donc pas toujours renseigner correctement le dossier CPAGE du patient. Enfin, si en journée le soutien des assistantes sociales s'avère précieux, la nuit les urgences ne peuvent les solliciter. Tout ceci génère de nombreux dysfonctionnements, tels que ceux déjà mentionnés : des informations administratives erronées qui peuvent générer la création de doublons.

De plus, le logiciel de codage utilisé par les services des urgences, URQUAL, est en l'état actuel inadapté aux exigences d'une chaîne de facturation intégré. Premièrement, l'interface entre les logiciels URQUAL (logiciel de codage spécifique aux urgences) et CPAGE dysfonctionne : la récupération par CPAGE des éléments codés sur URQUAL n'est pas automatique. Elle est donc faite manuellement par les agents d'accueil des urgences, ce qui génère des pertes de données, et donc se répercute sur la facturation du dossier. Deuxièmement, URQUAL est un logiciel peu ergonomique qui ne permet pas aux médecins de coder efficacement et rapidement leurs actes, d'où des erreurs, des imprécisions, voire, des oublis. La valorisation du passage aux urgences s'en trouve donc diminuée.

#### B) Les difficultés propres au service d'imagerie

Le diagnostic du processus de facturation/recouvrement a révélé la défaillance du circuit entre le service d'imagerie et le service des admissions. Une procédure a normalement été mise en place en imagerie pour permettre aux patients de récupérer leurs clichés. Il leur faut d'abord passer aux caisses du service des admissions pour payer leurs actes et se présenter ensuite dans le service avec le reçu. Cette procédure n'est pas respectée : les patients refusent de faire la queue au bureau des entrées ou se heurtent aux horaires de fermeture des caisses (18h au plus tard à la policlinique) et préfèrent repartir sans leurs examens ; certains médecins récupèrent directement les clichés en imagerie sous prétexte qu'ils en ont besoin pour la consultation prévue avec leur patient. Or, une fois les examens analysés par le médecin en consultation, les patients ne voient pas l'utilité de retourner aux caisses des admissions pour régler leurs actes d'imagerie. Il arrive même que des médecins rendent directement les clichés, non réglés, au patient, à la fin de la consultation.

En clair, les circuits des patients sont insuffisamment sécurisés ce qui entraîne des difficultés de recouvrement des actes d'imagerie réalisés.

#### **2.2.4 Une étape de la facturation et du recouvrement mal maîtrisée**

##### **A) Un encaissement direct des consultations insuffisamment développé**

Le circuit du patient à l'hôpital doit, en théorie, se terminer au bureau des entrées. Les consultants sont invités par les agents d'accueil et les secrétaires médicales à aller payer directement leur consultation. A sa sortie d'hospitalisation, le patient, sa famille ou les ambulanciers sont également invités à se présenter au bureau des entrées pour retirer le bulletin d'hospitalisation et procéder à la sortie sur CDP. Deux guichets au bureau des entrées et un guichet à la polyclinique sont consacrés à l'encaissement direct. Le service des urgences n'a pas de régie des recettes.

Aujourd'hui, aucun « verrou » permettant d'obliger le patient à retourner aux caisses du service des admissions après sa consultation n'est mis en place. En dehors des consultations d'anesthésie qui obligent le patient à retourner au bureau des entrées pour faire sa pré-admission et donc payer sa consultation du jour, les agents d'accueil et les secrétaires médicales des autres services n'ont aucun moyen de savoir si le patient est effectivement passé payer sa consultation. S'il n'existe pas d'indicateur « taux d'encaissement direct », il suffit de reprendre les éléments analysés dans le cadre du pré-diagnostic pour en tirer la conclusion qu'une faible part des consultants retourne au bureau des entrées s'acquitter du ticket modérateur. Pour rappel, au 29/08/2008, les titres de moins de 150 € (consultations et actes externes en majorité) restant à recouvrer représentent 47% du montant total des RAR 2006, soit 388 633 € et ils sont émis à 92% à l'encontre des hospitalisés et consultants.

##### **B) Un processus de traitement de la facturation et de rejets non automatisé**

La cellule de facturation des consultations et actes externes du bureau des entrées se charge de la préparation de la facturation. Aujourd'hui, le système de production de factures reste essentiellement manuel. En effet, il n'existe aucune valorisation automatique des dossiers à facturer au jour le jour. En d'autres termes, il faut manuellement aller rechercher dans la base de données tous les dossiers du jour facturables, procéder à leur numérotation et leur édition.

Pour les fichiers B2 télétransmis, deux étapes supplémentaires s'ajoutent : la constitution d'un bordereau d'envoi puis celle de la constitution de l'enveloppe virtuelle du fichier à

envoyer. Le traitement des rejets est effectué par la même cellule. L'établissement ne possède pas d'indicateur relatif au taux global de rejet. En revanche, sur les envois en télétransmission, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine a fourni un tableau de suivi des rejets du 10/09/2007 au 08/09/2008 qui indique un taux moyen de rejet de 8,51% sur les 16 623 factures télétransmises.

La télétransmission s'effectue en mode sécurisé depuis juillet 2008<sup>1</sup> et la « fiche contact » a été renvoyée au département informatique du comptable et au Site National Noémie. Cette démarche doit en fait permettre à l'établissement de recevoir les retours NOEMIE paiements et rejets sur sa boîte aux lettres électronique.

Ceci n'est cependant toujours pas effectif. En effet, l'éditeur – CPAGE – attend de déployer une nouvelle version du logiciel pour proposer une transaction de réception des retours. La cellule de facturation a, pour l'instant, mis en place un tableau de suivi manuel des envois de fichiers B2 mais ceci ne permet pas un niveau très fin de suivi. La perspective de la facturation « au fil de l'eau » va nécessiter de rapidement mettre en place un système automatique de suivi et de traitement « industrialisé » des rejets.

Parallèlement à l'envoi des lots de factures vers les différents débiteurs, des fichiers de titres de recettes sont envoyés au comptable qui prend en charge les titres et va assurer le recouvrement des créances. Une lettre de rappel est envoyée au débiteur par la RGF 2 mois après l'envoi de la facture. Sans réponse de la part du débiteur, la RGF envoie une lettre de commandement à 4 mois. Si le titre est inférieur à 30 euros et si le débiteur ne répond pas aux courriers de la RGF, la procédure de relance s'arrête. Or, les titres de faible montant correspondant aux consultations et actes externes sont les plus difficiles à recouvrer, ainsi que le pré-diagnostic l'a montré. Il semble donc que l'encaissement direct, aujourd'hui mal maîtrisé, doit être priorisé dans les actions à mener.

Enfin, pour les titres supérieurs à 30 euros, la RGF procède ensuite à des commandements (8 491 en 2007), des saisies-attribution (929 en 2007) et des saisies-vente (1 364 en 2007).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dans le mode opératoire du Protocole d'accord 2006, 4 phases de déploiement étaient prévues pour mettre en œuvre la télétransmission sécurisée. La dernière phase a pour objectif de vérifier que le comptable public de l'établissement qui télétransmet reçoit correctement les informations de paiements et de rejets.

<sup>2</sup> Rapport du compte administratif du comptable pour l'exercice 2007, voté en conseil d'administration le 14 mai 2008.

## **2.2.5 Une culture d'établissement à faire évoluer et un management du processus de facturation en difficulté**

En synthèse, l'ensemble des dysfonctionnements relevés dans le diagnostic est symptomatique d'un désintérêt marqué par les acteurs de terrain à l'encontre du processus de facturation/recouvrement. Ce désintérêt peut s'expliquer par le fait que le processus de facturation/recouvrement n'était, sous le système de la DGF, qu'un élément peu déterminant dans le pilotage financier et de gestion de la trésorerie de l'établissement. Il n'était en quelque sorte qu'une « fonction support ». A cela s'ajoute une représentation encore négative des fonctions d'accueil et de facturation à l'hôpital. L'opposition entre les activités de soins « nobles » et les tâches administratives « dévalorisantes » reste prégnante à l'hôpital, au moment même où le processus de facturation/recouvrement devient un enjeu stratégique pour la trésorerie des établissements. Mais c'est aussi, de la part des usagers, une certaine attitude vis-à-vis de l'hôpital public encore considéré comme gratuit. L'hôpital Max Fourestier (de par son histoire, son environnement socio-économique difficile) garde encore cette image auprès d'une grande majorité des patients pris en charge. C'est un élément important à prendre en compte dans l'analyse de la défaillance du processus de facturation/recouvrement aujourd'hui. Seule une politique de communication efficace parviendra à « casser » ces représentations négatives ou erronées.

Enfin, le management du processus de facturation/recouvrement est en difficulté. La phase de diagnostic a permis de constater l'absence d'outils de pilotage tels que des indicateurs de suivi et des tableaux de bord. Les seuls indicateurs à disposition sont ceux élaborés par la RGF dans le rapport annuel du comptable présenté en conseil d'administration. En quelque sorte, le pilotage de ce processus se fait à vue, ce qui n'est plus envisageable aujourd'hui et encore moins demain.

A l'issue de cette phase de diagnostic, l'ensemble des dysfonctionnements qui fragilisent aujourd'hui le processus de facturation/recouvrement a été mis en évidence. En synthèse, il ressort que ce processus n'est pas maîtrisé, qu'il n'est pas sécurisé, qu'il est fortement cloisonné et que les personnels ne sont pas suffisamment sensibilisés aux nouveaux enjeux de la facturation. Face à ce constat, quatre axes d'amélioration du processus de facturation/recouvrement permettant de répondre aux défaillances rencontrées sont envisagés<sup>1</sup> :

---

<sup>1</sup> Ces quatre axes sont proposés par la MEAH dans le cadre du chantier « Recouvrement des produits hospitaliers »

- 1/ Amélioration du pilotage du processus**
- 2/ Amélioration de l'organisation du processus**
- 3/ Amélioration des ressources humaines et matérielles du processus**
- 4/ Amélioration de la communication**

La détermination d'un plan d'actions « réaliste » (calibrage des actions à mettre en œuvre, délais suffisants et désignation pertinente d'un responsable de l'action) est l'étape ultime de la phase de diagnostic. Il est articulé autour de ces quatre axes.

### **3- PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR OPTIMISER LA PERFORMANCE ET AMELIORER LA QUALITE DU PROCESSUS DE FACTURATION - RECOUVREMENT**

Le projet d'amélioration des circuits du patient et de la chaîne de facturation/recouvrement recouvre de multiples facettes sur lesquels il va falloir agir : au-delà de l'aspect organisationnel et des propositions d'actions envisagées pour augmenter la performance du processus et renforcer sa sécurisation, il s'agit aussi de mettre en place un nouveau mode de pilotage en décloisonnant les différents acteurs amenés à participer au processus de facturation, à quel que niveau que ce soit. Pour réussir, ce projet a besoin d'être porté au plus haut niveau et nécessite l'engagement des principaux responsables dans la phase de mise œuvre.

A partir des dysfonctionnements diagnostiqués dans le processus de facturation/recouvrement de l'hôpital Max Fourestier, un plan d'actions (4 axes et 37 actions) a été élaboré et validé en comité de pilotage le 2 septembre 2008. Le déploiement du plan est prévu jusque décembre 2008.

L'objectif ici est de présenter ce plan d'actions tout en proposant des pistes d'améliorations et de réflexions à tout établissement ayant le projet de rénover son processus de facturation/recouvrement.

#### **3.1 Les 10 points clés minimaux et invariants de maîtrise d'un processus**

Un « groupe de travail sur la gestion des points critiques » au sein de la Haute Autorité de Santé a réfléchi aux différents « verrous » indispensables à insérer dans un projet d'amélioration d'un processus afin de garantir la maîtrise du processus. Le plan d'actions visant à améliorer le processus de facturation/recouvrement a été construit en veillant à ce que chacun de ces 10 points clés soit repris dans chacun des quatre axes et à travers des actions concrètes.

<b>Les 10 points minimaux et invariants de maîtrise d'un processus</b>	<b>Axes du plan d'action</b>
1/ Les finalités du processus sont établies	Axe Pilotage
2/ Une personne est responsable du thème considéré	Axe Pilotage
3/ Les éléments clés sont formalisés et connus du personnel	Axe Ressources humaines + Axe organisation
4/ Les responsabilités des étapes clés sont définies	Axe organisation
5/ Les risques potentiels sont évalués (fréquence et gravité)	Axe Pilotage
6/ Le personnel est formé aux tâches qu'il effectue	Axe Ressources humaines
7/ Des enregistrements permettant d'effectuer la traçabilité sont en place	Axe organisation
8/ Les interfaces sont analysées	Axe organisation
9/ Le système de surveillance est en place (indicateurs, audits organisationnels)	Axe Pilotage
10/ Les défaillances sont traitées en curatif et en préventif	Axe Pilotage

### **3.2 Le plan d'actions proposé pour améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement**

#### **3.2.1 Axe 1 : Mettre en place un pilotage de la chaîne de facturation - recouvrement**

Pour reprendre les mots de Kaplan et Norton, « ce qui ne se mesure pas ne peut pas se gérer » <sup>1</sup> La construction de tableaux de bord est un élément incontournable du pilotage mais il n'est pas suffisant. L'identification d'un pilote ayant l'entière responsabilité du processus est la condition indispensable de maîtrise de ce dernier. Or, le diagnostic de la phase 1 du projet a démontré l'absence d'un pilotage du processus de

---

<sup>1</sup> KAPLAN R., NORTON D., 2005, *Le tableau de bord prospectif*, Editions d'organisation.

facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier. Les actions à engager à ce niveau doivent être prioritaires.

#### A) Désigner un pilote du processus de facturation/recouvrement

« Le premier écueil significatif concernant le processus de facturation/recouvrement est qu'il n'est dans sa globalité placé sous la responsabilité de personne. »<sup>1</sup> La multiplicité des intervenants internes et externes s'explique au vu des nombreuses étapes qui jalonnent ce processus, mais celle-ci peut devenir handicapante si à un moment donné un seul et unique pilote n'est pas officiellement désigné. Cette identification est essentielle pour la bonne marche du processus de facturation et ce à plusieurs titres :

- elle permet au directeur d'établissement de fixer à un responsable des objectifs annuels et de pouvoir dialoguer sur le suivi et l'atteinte de ces objectifs. Sans responsable de la chaîne de facturation, comment un établissement peut-il parvenir à maîtriser et à améliorer la performance d'un processus devenu aujourd'hui stratégique ?
- elle permet aux différents interlocuteurs, et notamment les partenaires externes telles que l'assurance maladie et la RGF, de s'adresser à un responsable en capacité de maîtriser l'ensemble du processus.
- elle permet enfin de désigner une personne qui doit être en mesure de gérer les difficultés aux interfaces, là où les risques d'un grippage du processus sont les plus certains.

La nomination d'un responsable du processus de facturation/recouvrement chargé d'améliorer la rapidité et la fiabilité de la facturation était donc la première action à engager. En effet, le départ en 2007 de l'ancien responsable du bureau des entrées et la désignation « non officielle » de son adjoint comme nouveau responsable a généré un certain flou pendant plusieurs mois. La signature d'une décision de nomination du responsable du processus de facturation/recouvrement, rattaché à la Direction des Usagers, des Finances et du Système d'Information, par le directeur de l'établissement est une reconnaissance au plus haut niveau que les activités de facturation recouvrement nécessitent la mise en place d'une véritable fonction de pilotage forte et homogène. Cette décision permet de clarifier le positionnement du nouveau responsable et de lui donner en conséquence toutes les responsabilités qui incombent à ce niveau de pilotage.

---

<sup>1</sup> MEAH, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, Document de retour d'expérience, disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr>

## B) Construire s'approprier et utiliser en routine des outils de pilotage fiables

Piloter un processus sans instrument, sans tableau de bord est inefficace et contre-performant. Or, force est de constater que l'hôpital pilote souvent à vue, la « culture de l'indicateur » y étant peu répandue.<sup>1</sup> S'agissant du processus de facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier, un certain retard a été pris en la matière et il devient donc urgent de mettre en place des indicateurs de suivi de l'activité de facturation et de recouvrement, sous forme de tableaux de bord. Les indicateurs fournis annuellement par la RGF dans le compte financier ne peuvent suffire à piloter un processus aussi stratégique pour la trésorerie de l'établissement et qui demande aujourd'hui, mais encore plus demain, à ses responsables d'être, de ce fait, particulièrement réactifs. Comment choisir dès lors de bons indicateurs ?

Selon l'ANAES, « un indicateur est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre. »<sup>2</sup> En d'autres termes, un indicateur permet de mesurer objectivement et d'interpréter un phénomène que l'établissement souhaite mettre sous contrôle. Il doit essayer de remplir certaines caractéristiques parmi lesquelles<sup>3</sup> :

- **la pertinence** : il porte sur des enjeux cohérents avec les objectifs poursuivis ;
- **l'appropriation** : il doit être reconnu par les professionnels comme fournissant une description conforme de la réalité et donc résulter d'une concertation ;
- **la fiabilité** : l'indicateur ne peut être manipulé et sa fabrication est le produit de procédures documentées et contrôlées ;
- **la lisibilité** : l'indicateur doit être compréhensible par un non spécialiste ;
- **la finalisation** : pour chaque indicateur une valeur-cible doit être définie afin de mesurer l'écart entre les prévisions et le réalisé ;
- **la comparabilité et la pérennité** : l'indicateur doit permettre les comparaisons dans le temps et dans l'espace ;
- **la contrôlabilité** : l'indicateur évalue un domaine sur lequel l'utilisateur a une réelle possibilité d'action ;
- **le caractère anticipateur** : l'indicateur anticipe sur les résultats positifs et négatifs et permet d'agir en conséquence.

---

<sup>1</sup> MEAH, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, Document de retour d'expérience, disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr>

<sup>2</sup> ANAES, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux*.

<sup>3</sup> DEMEESTER R., 2005, « *Le contrôle de gestion dans le secteur public* », in LHOMME Y., 2007, *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance*, Mémoire ENSP.

Les indicateurs choisis peuvent ensuite être rassemblés en un tableau de bord de suivi qui permettra d'assurer le pilotage du processus à contrôler mais également servira à dialoguer avec les responsables hiérarchiques. Cette fonction de reporting d'un tableau de bord est tout aussi importante.

Une dizaine d'indicateurs à mettre en place a été proposée dans le plan d'actions. Ils représentent le tableau de bord de base qui devrait désormais servir au pilotage du processus de facturation/recouvrement :

- **Indicateur 1** : Gestion des identités-patients
- **Indicateur 2** : Taux de dossier administratif complet à J+2
- **Indicateur 3** : Taux de recouvrement à date fixe par débiteur
- **Indicateur 4** : Taux de rejet par débiteur
- **Indicateur 5** : Montant d'admission en non-valeur
- **Indicateur 6** : Exhaustivité et montant des RUM non facturés au fil de l'eau
- **Indicateur 7** : Délai moyen de facturation (consultation et hospitalisation)
- **Indicateur 8** : Délai moyen de recouvrement (consultation et hospitalisation)
- **Indicateur 9** : Taux d'encaissement des consultations en régie
- **Indicateur 10** : Ratio annulation/titre émis (évolution annuelle)
- **Indicateur 11** : Efficacité globale du processus de facturation, c'est-à-dire nombre de titres honorés/nombre de titres émis.

La perspective de la facturation directe au fil de l'eau doit pousser à une mise en place rapide de ces indicateurs. Dans le cadre du « groupe de travail télétransmission ARHIF » auquel l'établissement participe, un des axes de réflexion concerne l'élaboration d'outils de suivi des factures télétransmises. Le retard en la matière est général et pour diverses raisons : le chantier de la télétransmission est techniquement complexe (vocabulaire, circuits des flux...), les établissements manquent d'expérience pour faire face et anticiper les conséquences du « tout-télétransmission » annoncé au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les éditeurs accusent du retard dans la mise en place de cette réforme et leurs logiciels de gestion administrative ne sont toujours pas paramétrés pour assurer un suivi industrialisé des flux NOEMIE.

Néanmoins, l'enjeu à venir est de taille et il faut dès à présent réfléchir à la mise en place d'outils de suivi exhaustif et systématique des factures télétransmises, nécessaire pour la visibilité financière de l'établissement. Le groupe de travail a élaboré une fiche pratique d'aide à la construction de cet outil.

Trois séries de données doivent être particulièrement suivies et importées à partir des interfaces gérant les retours NOEMIE de l'établissement<sup>1</sup> : les fichiers B2 pour avoir une base de comparaison avec les retours ; les fichiers NOEMIE reçus pour vérifier l'état des factures et repérer les rejets ; les informations d'HREREC<sup>2</sup> pour confronter les données NOEMIE et celles finales du comptable. Chacune de ces bases doit être importée dans un seul et même fichier Access afin que les données puissent être croisées. A partir de ces données, il est recommandé de mettre en place quatre tableaux de suivi :

- **Tableau 1** : tableau récapitulatif du suivi général des factures de l'année en cours
- **Tableau 2** : tableau des lots en attente de traitement au niveau de la caisse pivot
- **Tableau 3** : tableau des rejets de l'année en cours
- **Tableau 4** : tableau des rejets et paiements inexploitable

Ce travail de construction d'outils va demander une collaboration étroite entre les services du bureau des entrées et le département informatique, en parallèle du déploiement de la nouvelle version CPAGE par l'éditeur afin d'être prêt à basculer en complète télétransmission et assurer un suivi industrialisé des flux et des rejets. Le nouveau rythme que va imposer la facturation directe, individuelle et au fil de l'eau (en terme d'envois de facture, de paiement et de traitement des rejets) impose de s'atteler à cette tâche dans les mois à venir, sous peine de n'avoir aucune visibilité, ni aucune maîtrise du processus de facturation/recouvrement.

### **3.2.2 Axe 2 : Organisation du processus de facturation/recouvrement**

L'axe organisationnel rassemble à lui seul 19 actions à mettre en œuvre pour améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement. Il s'agit d'une remise à plat complète des organisations qui, pendant longtemps, n'ont fait l'objet d'aucune évaluation et encore moins d'une remise en cause. Cette réorganisation doit permettre de créer un processus de facturation/recouvrement fluide et intégré.

- A) Sécuriser les circuits informationnels et physiques du patient à travers toute la chaîne de facturation/recouvrement

L'absence de procédures partagées par l'ensemble des acteurs de terrain, la complexité et la diversité des circuits du patient à l'hôpital Max Fourestier expliquent en majeure

---

<sup>1</sup> ARHIF, 2008, *La télétransmission en pratique*

<sup>2</sup> HREREC ou interface REtour de RECettes est un flux allant du logiciel du comptable à celui de l'établissement informant ce dernier de l'état du recouvrement des factures.

partie les dysfonctionnements rencontrés dans le processus de facturation – recouvrement. Les préconisations d'ordre organisationnel et qualitatif sont par conséquent indispensables si l'objectif d'amélioration de la performance de ce processus veut être atteint.

*a) Encadrer les pratiques par la mise en place de procédures homogènes*

La production de l'information nécessaire à l'émission d'une facture et d'un titre de qualité est aujourd'hui mal maîtrisée : les procédures sont inexistantes, méconnues et inhomogènes. Une remise à plat s'impose et doit être envisagée au-delà du seul intérêt d'amélioration du processus de facturation/recouvrement. En effet, la problématique de l'identitovigilance<sup>1</sup> est bien plus large puisqu'il s'agit d'abord d'assurer une prise en charge sécurisée du patient et d'éviter tous risques médico-légaux liés à une confusion d'identité. La révision des procédures d'enregistrement administratif des patients doit de ce fait être intégrée au dispositif d'identitovigilance mis en place par l'établissement car il s'agit avant tout d'une démarche qualité à initier.

La procédure qualité va fixer par écrit une méthodologie de recueil de l'information, les points de contrôle permettant d'empêcher au maximum un mauvais renseignement des données ou une perte d'information, tout en prenant appui sur la réglementation en vigueur et en tenant compte du contexte de travail dans lesquelles celles-ci vont s'appliquer. Ce travail de réécriture d'une procédure d'enregistrement, réfléchi en groupe de travail et validée par le responsable chargé de la qualité et le responsable de la facturation, permet de diffuser à tous les services concernés une seule et unique référence sur laquelle tout agent pourra s'appuyer en cas de difficulté. L'objectif visé, à travers l'homogénéisation des pratiques, étant bien d'assurer la sécurité du patient et la qualité de la facturation (diminuer le nombre de dossiers doublons, diminuer le nombre de dossiers non facturables et diminuer les délais de recouvrement liés aux recherches à effectuer sur l'identité du débiteur).

La procédure d'enregistrement doit à la fois préciser le contenu de l'information à collecter, les techniques de recueil (quelles sont les questions à poser ? comment doivent-elles être posées ?) et les verrous obligatoires à actionner en cas de difficulté rencontrée lors de l'enregistrement (si un patient ne présente pas de papiers d'identité, quel est le socle minimum d'informations à recueillir ? si un patient n'a pas de couverture sociale, quelle est la procédure à suivre ? si un patient AME ne fournit aucune attestation au moment de son enregistrement, comment faut-il procéder à son enregistrement ?...).

---

<sup>1</sup> L'identitovigilance se définit comme un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identité du patient.

Le système d'information a aussi un rôle à jouer, un rôle de suppléance de l'agent en mettant en place des procédures de contrôle systématique des informations à renseigner obligatoirement et un blocage automatique lorsque des données seraient manifestement erronées ou manquantes.

*b) Favoriser l'encaissement direct en réaménageant les circuits du patient*

Outre la sécurisation des circuits informationnels, il s'agit également de réorganiser les circuits physiques des patients en sécurisant leur parcours au sein de la structure. L'architecture pavillonnaire et la distance non négligeable qui sépare les services de soins du service des admissions sont en partie responsables du phénomène de contournement du bureau des entrées. Mais cette problématique n'est pas seulement propre à l'hôpital Max Fourestier. D'une manière générale, les différentes études menées sur le processus de facturation/recouvrement montrent qu'il est primordial de rapprocher les caisses au plus proche du fait générateur c'est-à-dire des services de soins. Ce « raccourcissement » du circuit du patient est à la fois une amélioration significative des conditions d'accueil du patient mais c'est aussi un facteur d'amélioration sensible du recouvrement spontané des produits hospitaliers et de la trésorerie des établissements.

Il a donc été décidé de construire une caisse au sein du service d'imagerie. Premièrement, le service d'imagerie est localisé à un point névralgique de l'hôpital, proche de l'ensemble des services de soins. Deuxièmement, ce service rencontre des difficultés importantes sur l'encaissement des radios, ainsi que le diagnostic l'a montré. Le fait d'installer une caisse au sein du service devrait contribuer à améliorer le paiement direct des actes d'imagerie. Une politique d'affichage et de changement de la signalétique devra accompagner la mise en place de cette nouvelle caisse. Enfin, la sécurisation du lieu et des personnels en charge de l'encaissement est un préalable indispensable à l'ouverture de la caisse.

Dans un deuxième temps, et dans le cadre du projet de restructuration « Hôpital 2012 », est prévu le déploiement de nouvelles caisses : au niveau des urgences et au sein d'un nouveau service qui regroupera tous les lieux de consultations aujourd'hui éparpillés.

## B) Améliorer l'articulation entre les maillons de la chaîne de facturation

### *a) Interface Bureau des entrées et service de soins*

L'interface entre le bureau des entrées et les agents d'accueil dans les services doit également pouvoir être amélioré par des échanges plus personnalisés. Il est ainsi préconisé qu'un correspondant du bureau des entrées soit désigné par service. Cela permettrait de résoudre plus facilement et plus rapidement les difficultés rencontrées par les agents d'accueil ou les secrétaires médicales lorsque des erreurs d'identité, de risque maladie, de débiteur sont constatées sur la fiche de circulation et sur CDP. Ce système, déjà en place en maternité, a démontré son efficacité : il est plus facile pour la secrétaire médicale du service de maternité d'avoir toujours à s'adresser au même agent du bureau des entrées. Les relations de confiance et de travail établies par ce « partenariat » sont nécessairement profitables à l'amélioration de la qualité du processus de facturation/recouvrement.

### *b) Interface Bureau des entrées et service social de l'hôpital*

L'articulation entre le bureau des entrées et les maillons de la chaîne de facturation passe également par un rapprochement entre les admissions et le service social de l'hôpital. Des procédures relatives à la prise en charge des patients sans couverture sociale ou des patients étrangers non domiciliés en France doivent être de nouveau réfléchies et actées. Il est essentiel que ces deux services travaillent de concert et d'autant plus dans un établissement comme Max Fourestier confronté plus qu'ailleurs à la prise en charge de personnes en grande difficulté. Si les dossiers litigieux ne sont pas réglés à ce niveau, la conséquence directe en est un rejet par l'assurance maladie ou le risque d'un non-recouvrement de titre par la RGF.

### *c) Interface Bureau des entrées, Recette Générale des Finances et CPAM*

Enfin, les relations avec les partenaires extérieurs, qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou de la Recette Générale des Finances doivent être renforcées par des rencontres régulières. Un décloisonnement s'avère indispensable afin qu'un partage et une circulation fluide de l'information puisse s'effectuer. La rétention d'information ou la non-communication dans un tel processus est source d'inefficacité et de contre-performance : l'établissement a besoin d'établir un contact privilégié avec ses partenaires extérieurs pour lever des obstacles dans l'application d'une réglementation en la matière dense et

souvent complexe à assimiler (ici, les relations avec l'assurance maladie, principal financeur de l'établissement doivent être les plus fréquentes possibles et la désignation d'un responsable du processus de facturation/recouvrement ne peut que faciliter ces contacts), et inversement les partenaires ont également besoin de nouer des relations étroites avec l'établissement (par exemple, dans sa mission de recouvrement des titres, la RGF relève un certain nombre d'erreurs récurrentes – adresse inexistante ou vague, personne non identifiée – commises au moment de la facturation). Une communication facilitée avec l'établissement permettrait de réduire progressivement ces erreurs et par conséquent de diminuer le taux de non-recouvrement de l'établissement.

Ainsi, il a été décidé que le responsable du bureau des entrées et la RGF organiserait tous les deux mois une réunion de suivi sur le recouvrement des titres émis. Il a également été proposé de rédiger une procédure de gestion des anomalies de recouvrement commune aux trois partenaires et ce afin d'améliorer leur coordination.

#### C) Mettre à disposition des outils facilitant le recueil d'information

Exiger des acteurs intervenant dans la chaîne de facturation de faire évoluer leurs pratiques et de s'investir davantage dans ce processus ne peut se faire que si l'institution s'engage en contrepartie à donner des outils facilitant le recueil de l'information.

L'amélioration de l'outil de codage – logiciel CDP et matériel informatique – doit être réfléchi. En effet, s'il est de la responsabilité des médecins de coder en qualité et rapidement, il est de la responsabilité des décideurs de procurer un outil de codage performant. Le diagnostic l'a souligné, l'ergonomie du logiciel utilisé (CDP ou URQUAL) par le personnel administratif des services de soins et par les médecins est insatisfaisante. L'engagement du service informatique et du département d'information médicale est nécessaire. Il s'agit d'une part de combler les besoins en matériel informatique dans les services actuellement sous-équipés (par exemple ophtalmologie ou bloc opératoire en attendant l'ouverture du nouveau bloc au 2<sup>ème</sup> trimestre 2009) et d'autre part d'améliorer la relation client/fournisseur entre les utilisateurs de CDP, URQUAL et le service informatique. Cela doit se concrétiser par des formations de réapprentissage de l'utilisation de CDP proposées aux médecins<sup>1</sup> et un travail de réflexion sur les dysfonctionnements de l'interface URQUAL/Cpage aux urgences.

---

<sup>1</sup> Une nouvelle version de CDP, plus facile d'utilisation, devrait être implémentée d'ici décembre 2008, ce qui sera l'occasion de proposer de nouvelles formations de sensibilisation au codage.

### **3.2.3 Axe 3 : Revaloriser les « ressources humaines » et renforcer les ressources matérielles**

La refonte du processus de facturation/recouvrement est d'abord un défi humain. Pour faire évoluer la culture de la facturation au sein des établissements hospitaliers, il est nécessaire de prendre conscience de la difficulté pour les acteurs de terrain de s'approprier tous les enjeux techniques, financiers, organisationnels soulevés par les réformes en cours et leurs impacts sur la chaîne de facturation/recouvrement. Les établissements doivent donner les moyens nécessaires à ces acteurs d'y faire face.

#### **A) Revaloriser le rôle du bureau des entrées par une politique de formation**

Alors que le bureau des entrées devient aujourd'hui un maillon stratégique et indispensable du nouveau processus de facturation/recouvrement comment lui donner les moyens de jouer pleinement son rôle ? Comment valoriser les agents responsables de ces fonctions d'accueil du public ayant en charge l'enregistrement administratif, l'encaissement direct et le traitement de la facturation ?

La formation de ces agents fait partie des actions prioritaires à mener à l'hôpital Max Fourestier. Elle sera d'une part un signal fort de l'intérêt porté par la direction à ces fonctions et la reconnaissance de l'importance de leur rôle aujourd'hui à l'hôpital. D'autre part, elle permettra d'augmenter la qualification des agents, ce qui logiquement devrait améliorer la performance du processus de facturation/recouvrement mais c'est aussi une démarche positive et dynamique en terme de politique de ressources humaines pour l'établissement. Elle doit s'adresser à la fois au personnel en poste dans l'établissement depuis longtemps et ayant connu le système de la DGF mais également aux nouveaux recrutés, donc être proposée de façon régulière.

Quatre actions axées sur la formation ont été intégrées au plan d'actions :

- 1/** une formation des professionnels en charge de l'accueil aux techniques de recueil de l'information
- 2/** une formation des professionnels en charge de l'accueil à la gestion de l'agressivité
- 3/** une formation des professionnels à la T2A, ses enjeux et ses impacts sur le processus de facturation et l'activité du bureau des entrées
- 4/** une formation régulière des professionnels sur les évolutions de la réglementation en matière de facturation

Le responsable du processus de facturation et la responsable de la formation ont en charge de mettre en place ces différentes formations d'ici la fin de l'année 2008. Si les modalités n'ont pas encore été arrêtées (formation en interne ou prise en charge par un organisme extérieur), il est possible de s'intéresser au contenu et au socle de connaissances indispensable à maîtriser. Des modèles de formation déjà mis en place dans d'autres établissements sont disponibles. Ainsi, à l'AP-HP<sup>1</sup>, des sessions de 3 jours sont organisées pour les agents de services d'accueil et de facturation avec un programme bâti comme suit :

- 1/** Présentation des enjeux financiers liés à la T2A.
- 2/** Présentation des relations ordonnateur/comptable.
- 3/** Module frais de séjour : recueil des informations administratives, présentation des cas particuliers d'admission (mineurs, IVG, patients non résidents en France, admissions sous X...), règles de facturation du tarif de prestation journalier, des frais de transport...
- 4/** Module consultations et actes externes : accueil et circuit du patient externe, règle de facturation (NGAP, CCAM).
- 5/** Modalités de prise en charge de soins par l'Assurance Maladie (différents régimes de sécurité sociale, différents risques et taux de prise en charge, processus de prise en charge...) et par les autres débiteurs (CMUC, AME, Mutuelles, conventions internationales, patients payants...).
- 6/** Mise en recouvrement des recettes et notamment une présentation détaillée de la télétransmission des titres de recette.
- 7/** Procédures de recouvrement par le Trésorier Payeur Général.

Les actions de formation doivent également être proposées aux autres agents chargés de l'accueil administratif : agents d'accueil administratif et secrétaires médicales dans les services de soins. Cet interface aujourd'hui dysfonctionne. Or, il est primordial que le chaînage de l'information administrative entre l'accueil au bureau des entrées et l'accueil dans le service soit fluide et sécurisé. De fait, l'hétérogénéité des connaissances entre tous ces agents en matière de réglementation, des pratiques et techniques de recueil de l'information ne permet pas de récolter une information totalement et toujours fiable pour la facturation. Sans évoquer les conséquences dramatiques que les problèmes d'identitovigilance pourraient entraîner pour la sécurité des patients.

En fonction du public visé, le programme de formation doit pouvoir être adapté. En effet, un agent d'accueil administratif ou une secrétaire médicale ont d'autres besoins davantage portés sur le recueil et les techniques de vérification des informations

---

<sup>1</sup> DHOS/DGCP, 2006, *Guide des bonnes pratiques en matière de recouvrement des produits hospitaliers*.

administratives, la gestion de l'agressivité. Néanmoins, il est souhaitable qu'une formation sur le nouveau système de financement et ses conséquences financières et organisationnelles soit organisée et rendue obligatoire pour l'ensemble des agents en charge de l'accueil administratif, que ce soit au bureau des entrées, ou directement dans les services de soins. Cela participera de la sensibilisation des acteurs hospitaliers aux mutations à l'œuvre et devrait permettre une plus grande adaptation des personnels aux nouvelles pratiques organisationnelles imposées par la mise en place de la T2A.

B) Répondre aux besoins matériels des services pour améliorer le recueil d'informations

Le sous-équipement en matériel informatique de certains services de soins (à l'heure actuelle, le service d'ophtalmologie n'a qu'un ordinateur pour 5 boxes de consultation, 1 seul ordinateur pour tout le bloc opératoire...) est préjudiciable au moment même où la transmission et la circulation d'informations (administratives et médicales) au sein du processus de facturation/recouvrement doivent être la plus rapide possible. Une évaluation des besoins informatiques doit donc être réalisée au plus vite.

Au niveau du bureau des entrées, il est préconisé d'augmenter le nombre de lecteurs de carte vitale.

#### **3.2.4 : Axe 4 : Améliorer la communication**

La communication est un aspect essentiel à prendre en compte dans ce projet de réorganisation du processus de facturation/recouvrement, à un double niveau.

D'une part, il s'agit de renforcer les outils de communication utilisés par les agents pour améliorer toujours plus la recherche et la collecte d'information. D'autre part, les établissements doivent mettre en place une réelle politique de communication à destination des patients afin de les sensibiliser, eux aussi, aux enjeux de la facturation pour l'hôpital public.

A) Améliorer l'accès à l'information pour les agents du bureau des entrées

L'amélioration de l'accès à l'information pour les agents travaillant au bureau des entrées est indispensable afin de leur permettre de compléter les dossiers d'admission, de limiter le nombre de dossiers incomplets et d'améliorer la qualité des titres émis. Plusieurs actions ont donc d'ores et déjà été engagées :

- **le logiciel Feu vert convertigo a été installé en avril 2008** remplaçant l'ancien système de consultation des droits par minitel qui ne permettait pas des recherches rapides et efficaces ;
- **un accès internet a été ouvert** aux agents du bureau des entrées chargés de traiter les dossiers de prise en charge d'hospitalisation avec les mutuelles ;
- **des adresses internet ont été créées** au bureau des entrées pour communiquer plus facilement avec les partenaires extérieurs (CPAGE, CPAM, mutuelles, groupe de travail télétransmission ARHIF)

#### B) Développer l'information relative à la facturation à destination des patients

Bureau des entrées, agents d'accueil et secrétaires médicales ne sont pas les seuls à devoir être sensibilisés à la nouvelle culture de la facturation.

Une politique de communication dynamique orientée vers les patients doit aussi faire partie des actions à mener dans le cadre de ce projet d'amélioration des circuits du patient et du processus de facturation/recouvrement. Celle-ci reste timide et peu lisible aujourd'hui. Or, la patientèle accueillie à l'hôpital Max Fourestier doit faire l'objet d'une attention toute particulière : quel est le niveau d'information à disposition des patients sur le processus d'enregistrement (pourquoi faut-il présenter ses papiers d'identité, pourquoi faut-il penser à réactualiser une fois par an sa carte vitale ?), comment savent-ils qu'ils ont peut-être à s'acquitter d'un ticket modérateur avant de quitter l'établissement ou qu'il y a un tarif journalier de prestation restant à leur charge ? La sensibilisation des patients aux nouvelles modalités de financement de l'hôpital (la MEAH propose des affiches humoristiques à diffuser au bureau des entrées, dans les services), aux coûts de leur prise en charge grâce à des messages clairs, précis et homogènes, doit permettre de progressivement atténuer l'image de gratuité de l'hôpital public. Ainsi, le centre hospitalier de St Denis<sup>1</sup>, confronté à la prise en charge d'une population aux caractéristiques similaires à celle du CASH (précarité socio-économique, nombreux patients étrangers), a travaillé cette politique de communication à travers une campagne d'affichage concernant les justificatifs, les frais à charge, les tarifs, les possibilités de prise en charge, ainsi que la nécessité de payer pour éviter les poursuites. Les cartons de rendez-vous ont été révisés afin de mettre à jour la liste des pièces à fournir et les aides proposées par l'hôpital (service social par exemple).

---

<sup>1</sup> MEAH, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, Document de retour d'expérience.

En prenant appui sur les outils proposés par la MEAH, l'hôpital a les moyens de mettre en place une vraie politique de communication à destination des patients, qui devrait, en partie, jouer sur l'amélioration de la qualité de la facturation et du recouvrement.

Une fois le plan d'actions défini, il reste au chef de projet à répartir les responsabilités de réalisation de ces actions parmi les membres du groupe projet, de définir des échéances précises, d'assurer le suivi des actions mises en œuvre et de présenter régulièrement (ici une fois par mois) l'avancée du plan d'actions au comité de pilotage. Le respect de ces principes dans le cadre du projet d'amélioration du processus de facturation/recouvrement devrait garantir la bonne marche du projet, l'atteinte des objectifs et devrait permettre de maintenir la motivation des différents acteurs impliqués jusqu'à la fin du projet.

## PLAN D' ACTIONS

### Axe 1 : Pilotage du processus de facturation-recouvrement

N°	Libellé	Responsable(s)	Date de début et remarques	Avancement			
PIL-1	Désigner un responsable du processus de facturation	Chef d'établissement					
PIL-2	Disposer d'outil fiable de pilotage	Responsable du bureau des entrées	Test DUFISI mais aucun indicateur processus mis en place				
PIL-3	Audit procédure facturation	Responsable du bureau des entrées	Après action RHM – 7				
PIL-4	Mesurer le délai moyen de recouvrement	Responsable du bureau des entrées	Mai 2008 (fin prévue décembre 2008)				
PIL-5	Suivre les titres de plus de 5000 €	Responsable du bureau des entrées + RGF	Organiser une réunion par mois				
PIL-6	Mettre un dispositif de traitement des disfonctionnement et de traçabilité	Responsable du bureau des entrées + délégué à la qualité	Novembre 2008				

## Axe 2 : Organisation du processus

N°	Libellé	Responsable(s)	Date de début et remarques	Avancement			
ORG-1	Construire une seconde caisse au niveau des urgences	Direction logistique et travaux	Après étude APOR hôpital 2012				
ORG-2	Aménager l'accueil d'imagerie pour que le lieu serve également à la facturation.	Direction logistique et travaux	Février 2008				
ORG-3	Sécuriser les caisses et les personnels	Direction logistique et travaux	En cours				
ORG-4	Améliorer l'articulation bureau des entrées avec le service social hospitalier	Responsable du bureau des entrées + Responsable des services sociaux + Directrice chargée de la stratégie, qualité, droits des patients et affaires médicales	Septembre 2008 Réunion prévue 2eme semaine de septembre				
ORG-5	Améliorer l'articulation du bureau des entrées avec la RGF et la CPAM	Responsable du bureau des entrées	Mai 2008				
ORG-6	Poursuivre le déploiement du dispositif d'identito-vigilance	Responsable du bureau des entrées + délégué à la qualité	Février 2008				
ORG-7	Améliorer l'encaissement direct des consultations	Responsable du bureau des entrées	Après aménagement de /ou des caisses et après regroupement des consultations				
ORG-8	Améliorer l'encaissement des radios	Responsable du bureau des entrées	A l'issue de la construction de la caisse au niveau de l'imagerie				

<b>OGR-9</b>	Actualiser et assurer l'adéquation entre les médecins présents et les actes transmis à la CPAM	Responsable du bureau des entrées + Affaires médicales	1ere réunion sur le sujet en juillet entre service informatique, les affaires médicales et le bureau des entrées. Il sera nécessaire de clarifier le tout avec une procédure				
<b>OGR-10</b>	Mettre en place un contrôle informatique préalable des patch avant mise en production au bureau des entrées	Service informatique	Concertation organisée, le prochain patch est prévu en octobre, le responsable du service informatique est d'accord sur le principe				
<b>OGR-11</b>	Désigner un correspondant BE par service	Responsable du bureau des entrées	Un correspondant du BE est désigné pour chaque service Il reste à en faire une information plus large				
<b>OGR-12</b>	Améliorer la relation client/fournisseur entre les utilisateurs de CDP et le service informatique	Adjoint au médecin DIM + utilisateurs	Octobre 2008				
<b>OGR-13</b>	Décentraliser le codage du diagnostic	Médecin DIM	????				
<b>OGR-14</b>	Etablir une procédure transport/transfert de patient	Responsable du bureau des entrées + Direction de la logistique	Novembre 2008				
<b>OGR-15</b>	Engager une réflexion autour de l'amélioration de l'outil URQUAL	Chef de service des urgences + service informatique	Décembre 2008 En lien avec le projet dossier du patient				
<b>OGR-16</b>	Améliorer la codification des actes par les intervenants au bloc opératoire	Adjoint au médecin DIM + utilisateurs	Octobre 2008				
<b>OGR-17</b>	Définir les modalités de recueil et de transmission des actes	Chaque chef de service	Octobre 2008				

<b>OGR-18</b>	Définir les modalités de réponse de l'éditeur CDP	Service informatique+ Cpage dijon	Novembre 2008				
<b>OGR-19</b>	Auditer les paramètres de CDP	Médecin DIM	Interne ou externe (à valider)				

**Axe 3 : Ressources humaines et matérielles**

N°	Libellé	Responsable(s)	Date de début et remarques	Avancement			
RHM-1	Former les professionnels en charge du recueil d'information	Responsable du bureau des entrées + Responsable de la formation	Quatrième trimestre 2008 dès qu'il y a feu vert				
RHM-2	Poursuivre la formation les personnels en charge de l'accueil à la gestion de la violence	Responsable du bureau des entrées + Responsable de la formation	Quatrième trimestre 2008 dès qu'il y a feu vert				
RHM-3	Diversifier les moyens de paiement mis à disposition	Responsable du bureau des entrées + Direction de la logistique	Octobre 2008				
RHM-4	Evaluer les besoins informatiques des services	Service informatique	Novembre 2008				
RHM-5	Assurer la permanence des fonctions et tâches au bureau des entrées	Responsable du bureau des entrées	Fait pour le bureau des entrées à faire pour les structures délocalisées				
RHM-6	Former les professionnels à la T2A	Responsable du bureau des entrées + Responsable de la formation	Quatrième trimestre 2008				
RHM-7	Organiser une formation concernant les bonnes pratiques administratives de facturation	Responsable du bureau des entrées + Responsable de la formation	Quatrième trimestre 2008 dès qu'il y a feu vert				
RHM-8	Réactualiser la formation à l'utilisation de CDP	Adjoint au médecin DIM	Novembre 2008				

#### Axe 4 : Communication

N°	Libellé	Responsable(s)	Date de début et remarques	Avancement			
COM-1	Développer l'information relative à la facturation à destination des usagers	Responsable du bureau des entrées	Septembre 2008				
COM-2	Améliorer l'accès à l'information des personnels du bureau des entrées	Responsable du bureau des entrées + service informatique	Juin 2008				
COM-3	Accès Internet	Service informatique	Juin 2008				
COM-4	Créer des adresses Internet	Service informatique	Juin 2008				

## Conclusion

Ce mémoire a cherché à montrer concrètement, à travers l'étude du processus de facturation/recouvrement à l'hôpital Max Fourestier, quels sont les enjeux techniques, organisationnels et culturels que le nouveau système de financement pose aujourd'hui aux établissements publics de santé et encore plus demain. Les défis à relever sont de taille. En effet, venue percuter de plein fouet les hôpitaux en 2004, la réforme de la tarification à l'activité impose un rythme de changement rapide à des organisations hospitalières lourdes et insuffisamment préparées à ces bouleversements. Cinq ans après le vote de la LFSS pour 2003, dans un contexte général de situation déficitaire de la majorité des établissements de santé, ces derniers continuent, « à marche forcée », de s'adapter pour faire face aux nouvelles exigences introduites par la T2A en matière de gestion des recettes et de la trésorerie.

On l'aura compris, la maîtrise du processus de facturation/recouvrement doit aujourd'hui faire partie intégrante de la politique stratégique financière des établissements publics de santé. La perspective de la facturation directe, individuelle et « au fil de l'eau » doit les pousser à s'engager au plus vite dans un projet d'amélioration de ce processus. Les établissements n'ont plus le choix.

La complexité technique et organisationnelle de ce processus, ainsi que la difficulté à intéresser les professionnels de santé aux problématiques administratives hospitalières justifie la mise en place d'une vraie démarche de projet, seule manière d'envisager la refonte du processus dans sa globalité, de parvenir à organiser un processus parfaitement fluide et intégré et de permettre un décloisonnement entre les différents maillons constituant la chaîne de la facturation. Le défi de l'optimisation de la performance et de la qualité du processus de facturation/recouvrement reste donc avant tout un défi humain.

Avoir pu prendre une part active dans ce projet, en tant qu'élève-directeur, notamment en allant à la rencontre des professionnels dans les services pour comprendre et analyser leurs pratiques actuelles dans ce processus de facturation/recouvrement m'aura permis de mesurer les efforts qui restent à faire en matière de communication auprès des professionnels de terrain pour leur permettre de s'approprier les enjeux soulevés par les réformes en cours.

---

# Bibliographie

---

## **OUVRAGES**

- AFNOR, 2004, *Management de projet*, in DUMOND J-P, 2007, *Conduite de Projet*, ENSP
- DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, *Droit hospitalier*, 5<sup>e</sup> édition, Paris Dalloz.
- EXPERT. P, 2006 *La Tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, 2<sup>e</sup> édition, Berget-Levrault.
- KAPLAN R., NORTON D., 2005, *Le tableau de bord prospectif*, Editions d'organisation.

## **DOCUMENTS OFFICIELS**

- Loi n°89/18 du 13/10/1989 portant diverses mesures d'ordre social.
- MINISTERE DE LA SANTE, DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Circulaire DHOS/F1/FA/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

## **RAPPORTS, GUIDES**

- ABATUCI C., GROSEIL S., 2008, *Guide de lecture des tableaux MAT2A STC « e-PMSI »*, FHF.
- ARHIF, 2008, *La télétransmission en pratique*.
- DHOS/DGCP, 2006, *Améliorer le recouvrement des produits hospitaliers : un enjeu partagé*, Guide méthodologique
- GMSIH, 2007, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*.
- MEAH, 2007, *Recouvrement des produits hospitaliers*, Rapport de fin d'étape.
- MEAH, 2008, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés*, Rapport de phase 4.
- MEAH, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, Document de retour d'expérience.
- SENAT, *Rapport sur le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003*.
- VASSELLE A., CAZEAU B., 2008, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur la gestion de l'hôpital*.

## **MEMOIRES**

- FAUCHER J., 2007, *Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la refonte de la chaîne de facturation du CHD Félix Guyon*, Mémoire ENSP.
- Sophie BOUSSEMART - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2008

GUIBERT L., 2006, *Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A : l'exemple du CHI de Fréjus/Saint Raphaël*, Mémoire ENSP.

LHOMME Y., 2007, *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance*, Mémoire ENSP.

MALLET D., 2003, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP.

### **ARTICLES ET CONFERENCES**

BRECHAT PH., CASTIEL D., GRENOUILLEAU MD., 2007, « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*

DUMOND J-P, 2007, *La conduite de projet*, ENSP

GALY M., 2008, « La situation financière des EPS franciliens » *in CA FHF-IDF*.

PFEIFFER M., MADELMONT F., 2006, « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », *Revue Hospitalière de France*, n°508.

PFEIFFER M., 2007, « Les modalités d'application dans les EPS et les conséquences financières de la suppression du taux de conversion », *Finances Hospitalières*, n°5.

### **SITES WEB**

<http://www.ameli.fr>

<http://www.gsk.fr>

<http://www.meah.sante.gouv.fr>

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.senat.fr/rap>

<http://www.uhrif.asso.fr/>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Schémas des flux de télétransmission

**Annexe 2** : Tableaux de présentation des RAR 2006 à l'hôpital Max Fourestier

**Annexe 3** : Tableau représentant la part de populations AME et CMU/CMUC dans le département des Hauts-de-Seine

**Annexe 4** : Questionnaires ayant servi de base aux enquêtes de terrain

## **ANNEXE 1**

### **Schéma actuel du circuit des flux dématérialisés pour les EPS**

L'établissement envoie simultanément un fichier de factures (fichiers exclusivement de la même caisse gestionnaire du département) sous la norme B2 à destination du centre de traitement informatique (CTI) de sa caisse gestionnaire et un titre correspondant au fichier B2 en direction du comptable. A réception du flux B2, le CTI renvoie automatiquement à l'établissement un accusé de réception logique (ARL 930) qui confirme sa bonne réception et sa conformité structurelle (ARL positif) ou non (ARL négatif). Si les factures sont jugées conformes, la caisse envoie un retour NOEMIE de paiement (référence 578) vers le Site National Noémie (SNN)<sup>1</sup> qui centralise et opère des contrôles sur tous les flux NOEMIE reçus des caisses gestionnaires.

Parallèlement, la caisse envoie un ordre de virement vers la Banque de France qui procède au versement du montant notifié par la caisse sur le compte de l'établissement. Dans le cas d'un lot de factures non conformes, un retour NOEMIE de rejet (référence 908) est envoyé par la caisse vers le SNN. L'établissement peut également être destinataire des retours NOEMIE (578 ou 908) envoyés par le SNN s'il l'a expressément demandé (procédure de la Fiche contact).

### **Schéma cible du circuit des flux dématérialisés pour les EPS**

Dans le schéma cible de la télétransmission est prévue la mise en place d'une caisse pivot qui devient l'interlocuteur unique des établissements dans le circuit de gestion des flux, du SNN et des Départements Informatiques d'Exploitation (DIE) du Trésor. Une première étape a été franchie le 23 juin 2008 pour l'Île de France : les établissements ayant validé la phase 3 du mode opératoire du Protocole d'accord (c'est-à-dire qu'ils ont reçu l'autorisation d'émettre des flux B2 en mode sécurisé), peuvent désormais envoyer leur fichier B2 vers leur caisse pivot (plus précisément l'Accueil centralisé des flux – ACF – qui est le frontal de la caisse pivot). L'ACF de la caisse pivot envoie un ARL 930 et se charge ensuite de « dispatcher » les flux B2 vers les différentes caisses gestionnaires (aujourd'hui, les EPS émettant en mode sécurisé continuent de ne télétransmettre que des fichiers des assurés du département mais, à terme, la télétransmission sera multi-régimes et multi-caisses Le rôle de l'ACF de routage des flux

---

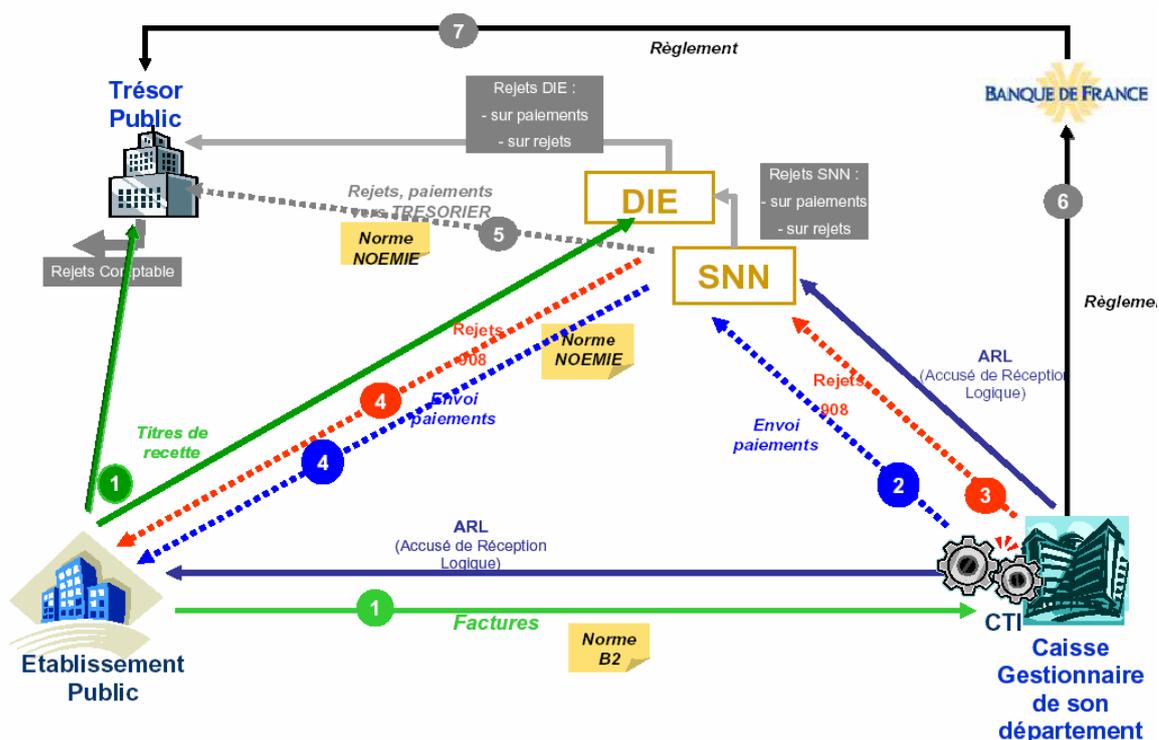
<sup>1</sup> Le SNN est le concentrateur des retours NOEMIE pour les comptables publics hospitaliers. Il vérifie la structure et le formalisme des fichiers reçus et transfère ensuite les fichiers NOEMIE vers les différents Départements Informatiques Exploitants (DIE) du Trésor pour les établissements dont les comptables disposent d'une application centralisée. Il met à disposition des EPS, à leur demande, dans leur boîte aux lettres, les retours NOEMIE 578 et 908.

vers les différentes caisses gestionnaires sera donc essentiel puisqu'il permettra à l'établissement de n'envoyer qu'un seul et unique fichier des factures concernant des assurés de plusieurs caisses et régimes différents.)

Le circuit suivi est ensuite identique : les caisses gestionnaires réceptionnent les flux B2 et analysent la conformité des factures. Elles émettent des retours NOEMIE paiement ou rejet, cette fois non plus directement à destination du SNN mais de la caisse pivot qui se charge de renvoyer les retours NOEMIE vers le SNN. Les caisses gestionnaires devraient également se décharger de la phase de règlement. En effet, dans le schéma actuel, ce sont les caisses gestionnaires qui procèdent au règlement des factures télétransmises.

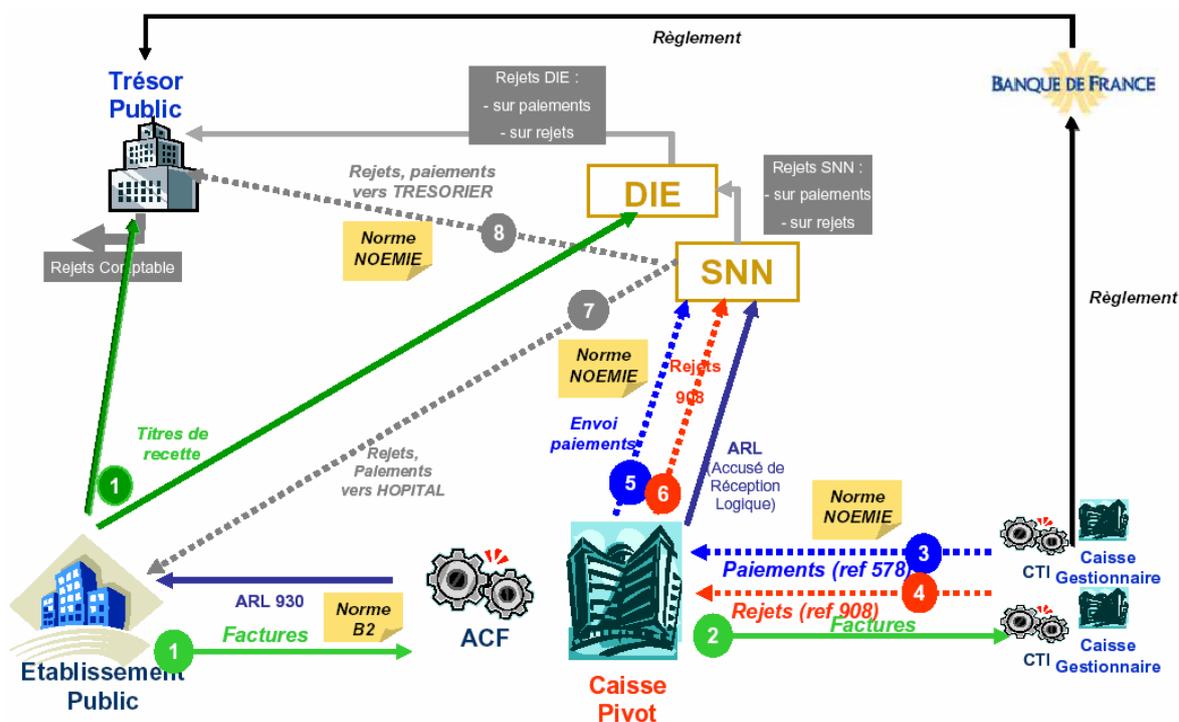
Dans le futur schéma cible, il est prévu que la caisse pivot endosse également le rôle de Caisse de Paiement Unique (CPU) : les caisses gestionnaires effectueraient le paiement vers la caisse pivot qui se chargerait ensuite de n'émettre qu'un seul virement sur le compte de l'établissement à la Banque de France.

## Schéma actuel du circuit des flux dématérialisés pour les EPS



Source : La télétransmission en pratique ARHIF – 2008

## Schéma cible du circuit des flux dématérialisés pour les EPS



Source : La télétransmission en pratique ARHIF – 2008

## ANNEXE 2

### Prise en charge et RAR 2006

#### (Données RGF)

(Arrondi à l'entier supérieur)

	Hospitalisés et consultants		Caisses de sécurité sociale + Etat		Mutuelles		Total	
	Solde Débiteur en €	Nombre de titres	Solde Débiteur en €	Nombre de titres	Solde Débiteur en €	Nombre de titres	Solde débiteur en €	Nombre de titres
<b>Prise en charge</b>	<b>2 755 225</b>	<b>43 622</b>	<b>3 301 630</b>	<b>22 727</b>	<b>1 770 238</b>	<b>15 043</b>	<b>7 827 093</b>	<b>81 392</b>
RAR Au 15/03/07	1 417 192	22 510	765 528	5 140	208 430	1 787	2 391 150	29 437
RAR Au 07/02/08	838 622	14 912	123 695	1339	16 611	181	978 928	16 432
RAR Au 29/08/08	777 249	14 307	32 313	1 098	11 886	104	821 448	15 509

**Répartition par tranches de montants des RAR 2006 tous débiteurs confondus**  
**au 29/08/2008**  
**(Données RGF)**

Moins de 150€		De 150.01 à 534.99€		De 535 à 1000€		De 1000.01 à 2000€		De 2000.01 à 10 000€		> 10 000€	
Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres
388 633	15 027	84 511	333	46 183	65	59 261	45	145 642	34	96 629	6

	Moins de 150€		De 150.01 à 534.99€		De 535 à 1000€		De 1000.01 à 2000€		De 2000.01 à 10 000€		> 10 000€	
	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres	Montant en €	Nombre de titres
	388 633	15 027	84 511	333	46 183	65	59 261	45	145 642	34	96 629	6
Dont Particuliers (en nombre de titres)	13 868		301		60		40		32		6	
Dont Caisses + Etat (en nombre de titres)	1068		23		3		3		1		0	
Dont mutuelles (en nombre de titres)	91		9		1		2		1		0	

## ANNEXE 3

### Part de la population AME et CMU + CMUC dans le département des Hauts-de-Seine au 08/2008

Commune	AME situation au 08/2008		CMU situation au 08/2008		RECENSEMENT 1999
	Total AME	Poids des bénéficiaires AME dans la population recensement INSEE 1999	Total CMU base + complémentaire	Poids des bénéficiaires CMU dans la population recensement INSEE 1999	
ANTONY	117	0,2%	1 990	3,3%	59 849
ASNIERES-SUR-SEINE	868	1,1%	5 081	6,7%	75 832
BAGNEUX	276	0,7%	2 857	7,7%	37 215
BOIS-COLOMBES	158	0,7%	1 249	5,2%	23 902
BOULOGNE- BILLANCOURT	462	0,4%	3 533	3,3%	106 316
BOURG-LA-REINE	41	0,2%	562	3,1%	18 246
CHATENAY-MALABRY	103	0,3%	1 481	4,8%	30 556
CHATILLON	60	0,2%	1 099	3,8%	28 592
CHAVILLE	29	0,2%	358	2,0%	17 956
CLAMART	146	0,3%	2 030	4,2%	48 619
CLICHY	881	1,8%	5 349	10,6%	50 237
COLOMBES	910	1,2%	7 191	9,4%	76 690
COURBEVOIE	334	0,5%	3 102	4,5%	69 665
FONTENAY-AUX-ROSES	62	0,3%	795	3,4%	23 547
GARCHES	38	0,2%	294	1,6%	18 026
GENNEVILLIERS	666	1,6%	4 863	11,5%	42 344
ISSY-LES-MOULINEAUX	228	0,4%	2 151	4,1%	52 642
LA GARENNE- COLOMBES	82	0,3%	925	3,8%	24 072
LE PLESSIS-ROBINSON	41	0,2%	671	3,1%	21 614
LEVALLOIS-PERRET	187	0,3%	2 056	3,8%	54 750
MALAKOFF	157	0,5%	1 661	5,6%	29 419
MARNES-LA-COQUETTE	0	0,0%	14	0,9%	1 504

MEUDON	151	0,3%	1 555	3,6%	43 694
MONTRouGE	187	0,5%	1 697	4,5%	37 716
<b>NANTERRE</b>	<b>1 276</b>	<b>1,5%</b>	<b>10 164</b>	<b>12,1%</b>	<b>84 270</b>
NEUILLY-SUR-SEINE	247	0,4%	1 396	2,3%	59 874
PUTEAUX	287	0,7%	1 862	4,6%	40 871
RUEIL-MALMAISON	132	0,2%	1 722	2,3%	73 599
SAINT-CLOUD	63	0,2%	590	2,1%	28 164
SCEAUX	17	0,1%	309	1,6%	19 398
SEVRES	58	0,3%	584	2,6%	22 555
SURESNES	194	0,5%	1 892	4,8%	39 697
VANVES	67	0,3%	858	3,4%	25 416
VAUCRESSON	21	0,3%	108	1,3%	8 130
VILLE-D'AVRAY	30	0,3%	173	1,5%	11 393
VILLENEUVE-LA- GARENNE	243	1,1%	2 201	9,9%	22 308
<b>Total Hauts de Seine</b>	<b>8 819</b>	<b>0,6%</b>	<b>74 423</b>	<b>5,2%</b>	<b>1 428 678</b>

## ANNEXE 4

### Questionnaires ayant servi de base aux enquêtes de terrain

#### QUESTIONNAIRES

*à destination des agents d'accueil et des secrétaires médicales*

- 1- Comment êtes-vous organisé (contrôle de l'information, codage) ?
- 2- Rencontrez-vous des difficultés dans ces tâches ?
- 3- Existe-t-il, en cas de dysfonctionnement, des procédures pour les résoudre ?
- 4- Si oui, sont-elles partagées ?
- 5- Quels sont les éléments de traçabilité (support ?) et les indicateurs utilisés ?

#### Questionnaire

« Consultations, Hospitalisation et Polyclinique »

### 1/ Enregistrer le patient

- ◆ Etes-vous la seule personne en charge de l'enregistrement des données relatives au patient ? Si non, qui d'autre ?
  
- ◆ Existe-t-il une procédure formalisée à l'échelle du service? Sur quel support ? Utilisez-vous des indicateurs ?
  
- ◆ Avez-vous à renseigner des données administratives sur le patient (état civil, couverture sociale) ?
  - Si oui, pourquoi (défaut du BE ?), lesquelles et comment (papiers demandés, photocopies...support papier ou informatique) ?
  - Si non, faites-vous malgré tout un contrôle de cohérence avec les données enregistrées par le BE ?
  - Si des données du BE sont manquantes, que faites-vous ? (contact immédiat pris avec le BE, recherche personnelle, utilisation de l'annuaire « Feu vert »...) ?

### 2/ Renseigner les données médicales

- ◆ Codez-vous les consultations ?
  - Si oui, comment (papier ou informatique) ? quand (temps réel, dans la journée ou dans la semaine ?)

- Si non, qui ? Comment et quand ?
- Rencontrez-vous des problèmes de codage ?
- Si oui, lesquels ? Comment faites-vous pour les solutionner ? Des procédures existent-elles et sont-elles partagées dans le service et avec le DIM ?

### **3/ Finaliser la consultation**

◆ A la fin de la consultation, toutes les données sont-elles enregistrées et le dossier est-il bouclé ?

- Si oui, comment ?
- Si non, quand cela est-il fait ?

◆ Le patient peut-il payer sa consultation directement ?

- Si oui, pouvez-vous le faire ou renvoyez-vous vers les caisses à l'entrée ?
- Si non, pourquoi et quand ?

◆ Conclusion :

- quels sont en résumé les points majeurs de dysfonctionnement ?
- avez-vous mis en place des procédures de verrouillage face à ces dysfonctionnements ?

<b>Questionnaire Urgences</b>
-------------------------------

### **1/ Enregistrer le patient**

◆ Etes-vous la seule personne en charge de l'enregistrement des données relatives au patient ? Si non, qui d'autre ?

◆ Existe-t-il une procédure formalisée ? Sur quel support ? Utilisez-vous des indicateurs ?

◆ Avez-vous à renseigner des données administratives sur le patient (état civil, couverture sociale) ?

- Si oui, pourquoi (défaut du BE ?), lesquelles et comment (papiers demandés, photocopies...support papier ou informatique) ?
- Si non, faites-vous malgré tout un contrôle de cohérence avec les données enregistrées par le BE ?
- Si des données (du BE) sont manquantes, que faites-vous ? (contact immédiat pris avec le BE, recherche personnelle, demande de la date de naissance en cas d'oubli de la carte vitale, utilisation de l'annuaire « Feu vert »...)

- ◆ Avez-vous une procédure spécifique pour l'enregistrement d'un patient étranger ?
  - Si oui, quelles infos demandez-vous et quels types de documents sont photocopiés?
  - Si des données sont manquantes, que faites-vous ?

◆ Utilisez-vous le temps d'attente des patients pour recueillir des informations ?

- ◆ Y-a-t-il intervention des services sociaux en cas de problème ?
  - Si oui, quand et comment ?

## **2/ Renseigner les données médicales**

- ◆ Codez-vous les actes ?
  - Si oui, comment (papier ou informatique) ? quand (temps réel, dans la journée ou dans la semaine ?)
  - Si non, qui ? Comment et quand ?
  - Rencontrez-vous des problèmes de codage ?
  - Si oui, lesquels ? Comment faites-vous pour les solutionner ? Des procédures existent-elles et sont-elles partagées dans le service et avec le DIM ?

## **3/ Finaliser le passage aux urgences**

- ◆ A la fin du passage aux urgences, toutes les données sont-elles enregistrées et le dossier est-il bouclé ?
  - Si oui, comment ?
  - Si non, quand cela est-il fait ?
- ◆ Le patient peut-il payer son passage aux urgences directement ?
  - Si non, pourquoi (problèmes d'horaires...) et quand ?
- ◆ Conclusion :
  - quels sont en résumé les points majeurs de dysfonctionnement ?
  - avez-vous mis en place des procédures de verrouillage face à ces dysfonctionnements ?