



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Préparation et accompagnement du
passage à la Facturation Individuelle
des Établissements de Santé au
service Gestion Clientèle**

L'Exemple du Centre Hospitalier de La Ciotat (13)

Clément DÉSILETS

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères vont à tous les professionnels, soignants comme administratifs dont j'ai croisé la route durant mon stage au Centre Hospitalier de La Ciotat. Tous ont fait preuve de beaucoup de disponibilité et de sympathie à mon égard et ont contribué à faire de ce stage une expérience humaine et professionnelle très enrichissante.

Je souhaite plus particulièrement remercier :

Ma tutrice et référente de stage, Mme Monique MORVAN, qui a fait tout son possible pour m'accorder de son temps, me guider et partager son expérience, et Mme Anne MAGNAN, dont l'arrivée a été une opportunité d'observer les faits sous un autre angle, et d'apprendre en conséquence.

Le chef d'établissement M. José LAPINA qui m'a permis d'assister à toutes les instances et réunions qui se sont tenues pendant mon stage, me permettant de vivre l'hôpital de l'intérieur, tout en m'accordant plusieurs entretiens de grand intérêt.

Mmes Brigitte LUBRANO, Catherine VOJNOVIC et Françoise GIMENEZ ainsi que l'ensemble des cadres de santé : MM. André GURY, Benoît POURCHER et Jean-Michel VALENTIN, Mmes Agnès JEUNEHOMME, Nicole GEFFROY, Françoise JAILLON et Cécile SERPOLLET et Myriam BOFFARD pour leur disponibilité et leur sympathie.

J'adresse une pensée toute particulière pour les équipes des services financiers et ressources humaines avec qui j'ai lié un peu plus que des relations professionnelles.

Enfin je souhaite remercier M. Gonzalo ALVESTEGUI et Mme Balbina MONTEIRO, dont les observations éclairées m'ont permis de mieux appréhender l'exercice dont vous avez à présent le produit sous les yeux.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'Évolution du mode de financement des établissements publics de santé : une révolution progressive, qui a amené les bureaux des entrées à se réinventer	5
1.1 L'Odyssée du financement des établissements publics de santé : De la Dotation Globale à la FIDES.....	5
1.1.1 La Dotation Globale de Financement : Une tentative de réduction des dépenses de santé hospitalières aux conséquences imprévues.....	5
1.1.2 La Tarification à l'activité : Un changement de paradigme appelant une réorganisation complète du système hospitalier.....	7
1.1.3 Le passage à la FIDES : Aboutissement d'une démarche d'évolution vers une tarification à l'activité effective.....	11
1.2 La transformation du bureau des entrées, aujourd'hui porte d'entrée dans la chaîne de facturation et garant des nouveaux droits du patient.....	15
1.2.1 La métamorphose du bureau des entrées en maillon de la chaîne de facturation hospitalière.....	15
1.2.2 L'acquisition par le bureau des entrées du rôle de garant d'une partie des droits du patient	18
1.2.3 Le nécessaire changement de paradigme managérial pour les bureaux des entrées.....	20
2 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du CH de La Ciotat, comparaisons et propositions	23
2.1 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat.....	23
2.1.1 Le CH de La Ciotat et son environnement : Un hôpital de proximité amené à diversifier son activité.....	23
2.1.2 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat.....	24
2.1.3 Avantages et faiblesses de l'organisation actuelle	29
2.2 Comparaisons, Préconisations et suites du passage en FIDES.....	31
2.2.1 Un exemple de comparaison : le bureau des entrées du CH Edmond Garcin à Aubagne (13).....	31
2.2.2 Formulation des préconisations à destination du cadre du service gestion clientèle du CH de La Ciotat	33
2.2.3 Suites de l'arrivée du nouvel adjoint des cadres et du passage en FIDES..	38

Conclusion	41
Bibliographie	45
Liste des annexes	47

Liste des sigles utilisés

FIDES : Facturation Individuelle des Établissements de Santé
ACE : Actes et Consultations Externes
CH : Centre Hospitalier
T2A : Tarification à L'activité
EPSPH : Établissement Privé Participant au Service Public (Ancienne dénomination)
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
RUM : Résumé d'Unité Médicale
RSS : Résumé Standardisé de Sortie
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
FAU : Forfait Annuel Urgences
MIG : Missions d'Intérêt Général
AC : Aide à la Contractualisation
FIR : Fonds d'Intervention Régional
IGF : Inspection Générale des Finances
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
HAD : Hospitalisation à Domicile
DIM : Département d'Information Médicale
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
CDR : (Outil de) Consultation des DRoits
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNICEF : (Anglais) Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
PUI : Pharmacie à Usage Interne
GRIVES : Groupe Régional d'Identito-vigilance des Établissements de Santé
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
AAH : Attaché d'Administration Hospitalière

Introduction

2015 a représenté une étape charnière pour le projet FIDES, ou Facturation Individuelle des Établissements de Santé. De nombreux établissements ont, au cours de cette année, effectué leur « passage » à ce nouveau mode de facturation pour les actes et consultations externes (ACE). Aboutissement d'un long processus dont le départ a été donné il y a plus de dix ans avec les premières réflexions sur le modèle de tarification à l'activité, le passage en FIDES constitue une illustration particulièrement représentative de la transformation globale de l'Hôpital public au cours de la dernière décennie.

Désormais premiers acteurs de leur gestion et premiers responsables de leur situation financière, les établissements publics de santé ont été amenés à s'adapter, faisant intervenir de nouveaux acteurs, utilisant de nouveaux outils et mettant à jour leurs organisations. La course à la rentabilité est désormais une réalité pour les hôpitaux publics, qui, plus que jamais, sont amenés à se moderniser.

La modernisation est une problématique qui touche tout particulièrement au sein de l'hôpital un service dont les différentes appellations sont une preuve de son identité désormais plurielle : le service du bureau des entrées, service des admissions, service gestion clientèle ou encore espace accueil clientèle. Chacun de ces titres fait référence à une fonction qualifiée par de nombreux professionnels comme « historique » du service : l'accueil et l'enregistrement du patient. Toutefois, comme le souligne Antoine Georges-Picot, « le bureau des entrées sous sa forme historique va bientôt disparaître en raison de la dématérialisation progressive des processus d'identification des passages et du développement d'un accueil unifié dans l'hôpital offrant un ensemble de services¹ ».

Derrière cette prédiction se retrouvent deux constats : Celui selon lequel les processus d'identification du patient sont progressivement dématérialisés, et celui selon lequel le bureau des entrées a vocation à devenir un lieu d'accueil unique au sein d'une institution dont les fonctions et les prestations se sont développées de façon importante.

L'Enregistrement des patients et la gestion de leur dossier administratif se fait aujourd'hui sur ordinateur dans la quasi-totalité des établissements. La disparition progressive du dossier papier représente un enjeu majeur en termes de fiabilisation et de protection des informations recueillies sur le patient. Ces informations prennent en effet

¹ Antoine GEORGES-PICOT, « *Les habits neufs du bureau des entrées* », Finances Hospitalières, N°87, Janvier 2015, pp 8-10

une toute autre importance aujourd'hui, compte tenu du rôle qu'elles jouent au sein du processus de facturation et de recouvrement des créances d'un hôpital.

L'évocation d'Antoine Georges-Picot relative à « l'ensemble des services » offerts par l'hôpital renvoie principalement au développement des consultations externes au sein des établissements publics de santé. Ces consultations en ambulatoire (donc sans hospitalisation) de praticiens de l'hôpital interviennent soit en équivalent d'une consultation de ville soit pour assurer un suivi médical après une hospitalisation². Leur introduction progressive a changé la façon de considérer l'accueil des patients à l'hôpital, qui était, il fut un temps, dominé par des hospitalisations programmées. Ces passages de très courte durée ont dû être intégrés dans l'organisation des bureaux des entrées et ont logiquement influencé la façon d'envisager la tâche d'enregistrement.

Il s'agit pourtant d'un seul des nombreux exemples du changement qui touche l'hôpital public et ses organes. Cette transition vers l'efficience pour les établissements de santé est nécessaire à leur survie, mais elle ne peut se faire sans un travail minutieux de préparation et de mise en œuvre de ce nouveau paradigme, qui constitue pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital public un renversement majeur dont il faut assimiler les raisons et les implications.

Le passage en FIDES est une étape à laquelle de nombreux établissements de santé sont aujourd'hui confrontés. C'est le cas pour le centre hospitalier qui m'a accueilli durant mon stage, le CH de La Ciotat. Cet établissement de petite taille, dont les spécificités seront décrites ci-après, fait face à la nécessité de changement avec ses moyens, et préparait de façon progressive la mise en œuvre d'une nouvelle organisation.

Il m'a été demandé dans le cadre de mes missions de réaliser une analyse de type audit au sein du service gestion clientèle, puis de formuler des préconisations dans le but de faciliter le passage en FIDES et d'en limiter les effets négatifs. Cela supposait pour moi de découvrir de manière plus fonctionnelle ce qu'est un service d'admissions, puis de m'interroger sur ce qui faisait la spécificité du passage en FIDES, ainsi que les risques auxquels le service s'exposait.

Pour que cette transition soit réussie, il est nécessaire de faire à la fois appel à des éléments théoriques concernant le mode de financement des établissements, mais également à des outils managériaux, afin de réussir à intégrer avec succès le

² Définition issue du site [hopital.fr](http://www.hopital.fr) :

<http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-consultations>

changement au sein des organisations existantes. Il est important de comprendre **quels sont les impacts de la facturation individuelle des établissements de santé sur le fonctionnement d'un bureau des entrées, un organe qui est déjà en profonde évolution.**

L'Étude menée afin de répondre à cette question a été divisée en deux temps. Le premier m'a amené à retracer l'évolution du financement des établissements de santé ainsi que celui des fonctions du bureau des entrées au cours de dernières années (1). Le second a consisté en une analyse concrète du fonctionnement du service gestion clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat et de sa préparation au passage en FIDES, assorti d'une réflexion quant aux leviers à activer afin d'améliorer la performance de celui-ci (2).

1 L'Évolution du mode de financement des établissements publics de santé : une révolution progressive, qui a amené les bureaux des entrées à se réinventer

Depuis quarante ans, l'hôpital public est à la recherche d'un mode de financement à la fois viable et adapté à son époque. Les différents modèles qui se sont succédé (1.1) ont impacté l'ensemble du fonctionnement des établissements de santé, mais tout particulièrement les bureaux des entrées, dont les fonctions et les objectifs ont profondément évolué jusqu'à aujourd'hui (1.2).

1.1 L'Odyssée du financement des établissements publics de santé : De la Dotation Globale à la FIDES

L'Histoire récente du financement des hôpitaux publics passe par trois étapes majeures qui sont l'instauration de la Dotation Globale de Financement (1.1.1), la transition à la Tarification à l'Activité, ou « T2A » (1.1.2) et, la plus récente, le passage à la Facturation Individuelle des Établissements de Santé, ou FIDES (1.1.3). Chacun de ces dispositifs répondait à une situation particulière, avec des objectifs dédiés, et a eu des conséquences variables. Tous cependant ont marqué (et marquent encore) de leur empreinte l'architecture des organisations hospitalières.

1.1.1 La Dotation Globale de Financement : Une tentative de réduction des dépenses de santé hospitalières aux conséquences imprévues.

La loi portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale du 19 janvier 1983³ est à l'origine du mécanisme de la Dotation Globale de Financement. Succédant au mode de financement dit du « prix de journée », la dotation globale consistait en le versement d'une enveloppe annuelle de fonctionnement, dont le montant était déterminé par le nombre de journées réalisées et le montant pris en charge par l'Assurance Maladie, reconduite chaque année sur la base de l'exercice précédent. Ce montant était modulé selon un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières, alors fixé par le ministère en charge de la Santé⁴.

³ Loi n° 83-25, dite Bérégoz, du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>

Ce changement de paradigme est intervenu dans un contexte d'augmentation massive des dépenses de santé. En hausse constante depuis le début des années 1970, elle devint préoccupante pour le gouvernement, qui choisit alors d'engager un certain nombre de mesures afin de la contenir. Le professeur Jean-Marie Clément explique que « La mise en œuvre de la Dotation Globale de Financement fait partie de l'arsenal prévu par les pouvoirs publics pour supprimer 60 000 lits hospitaliers de trop, dont 20 000 en psychiatrie et 16 000 en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, 24 000 étant transférée vers le secteur médico-social⁵. »

Ce mode de fonctionnement a assez rapidement rencontré ses limites, qu'il s'agit ici de décrire et d'expliquer.

Tout d'abord, l'absence de lien ténu entre le financement des établissements publics et leur activité a contribué à induire un phénomène d'inertie dans un certain nombre d'établissements. La mise en œuvre de la Dotation Globale devait permettre d'encourager ces derniers « à réformer leur fonctionnement en éliminant les surcoûts et supprimant les dysfonctionnements⁶ ». Toutefois, son fonctionnement n'incitait pas les établissements à procéder de la sorte. Son montant, étant régulièrement remis à jour selon un mécanisme prédéfini, un établissement dont l'organisation présentait des surcoûts n'avait pas intérêt à mettre en œuvre des réformes coûteuses en temps et en efforts pour corriger une situation dont les effets étaient neutralisés par une dotation forfaitaire.

Au contraire, il apparaissait que la plupart des recettes supplémentaires non prévues au budget venaient grever la dotation globale de l'année suivante, entraînant une baisse du financement des établissements qui réalisaient une hausse de leur activité. Ceci, associé à la régularité de la dotation incitait les directions à adopter une stratégie passive plutôt qu'active, utilisant le financement issu de la dotation globale afin de gérer la situation de leur établissement pour l'année, sans nécessairement lancer de nouveaux projets. En ce sens, il est vrai que la mise en œuvre de la dotation globale a pu effectivement entraîner un ralentissement des dépenses de santé, puisqu'elle a contribué à une stabilisation de l'activité des établissements publics de santé.

Il apparaît ensuite que le mode de financement par Dotation Globale s'est révélé assez inique. D'une part eu égard à la situation des établissements de santé privés et

⁵ Jean-Marie CLÉMENT, « Du financement à la journée au paiement à l'acte », Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, N°166, Mars 2014, Encart, 8p

⁶ idem

d'autre part en ce qui concerne les différences de dotation, à la fois entre grands et petits établissements, mais aussi entre les différentes régions françaises.

Il convient tout d'abord de préciser que le financement des établissements privés, hors ceux alors dénommés « Établissements privés participant au Service Public Hospitalier » (ou PSPH), s'opérait à la fois par une tarification à l'acte pour les professionnels médicaux intervenant à titre libéral et une tarification à l'acte rémunérant la structure. Ce double mode de financement s'est par la suite révélé insatisfaisant⁷, mais la dualité qu'il opérait avec la Dotation Globale créait une inégalité entre les secteurs, qui était de nature à rendre impossible les comparaisons entre Privé et Public.

Ensuite, si le mécanisme de la Dotation Globale n'a pas donné entière satisfaction, c'est en grande partie car il n'a pas réussi à atteindre l'un de ses objectifs principaux : Réduire les inégalités de dotation financière entre les hôpitaux, tant entre Centres Hospitaliers Universitaires et Centres Hospitaliers plus modestes qu'entre Régions. Les petits établissements faisaient les frais des dotations plus importantes accordées aux CHU tandis que nombre de régions se plaignaient des écarts très importants entre la dotation allouée aux grandes régions (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et particulièrement l'Île-de-France) et les petites. Ces inégalités ont eu un effet important, celui d'entamer un processus qui ne s'est depuis jamais démenti : la concentration des activités médicales, à la fois dans les grands établissements et les grandes régions⁸.

Ces mécontentements grandissants ainsi que la poursuite de la dégradation des finances de la Sécurité Sociale ont amené les pouvoirs publics à réfléchir sur une autre forme de tarification. Elle prendra la forme d'un mécanisme aujourd'hui implanté dans la quasi-totalité des établissements sanitaires : La T2A.

1.1.2 La Tarification à l'activité : Un changement de paradigme appelant une réorganisation complète du système hospitalier

Seize ans après l'instauration de la Dotation Globale, la loi du 27 juillet 1999⁹ met en œuvre les premières expérimentations d'un mode de financement nouveau pour les

⁷ Gaëtan ASSIÉ, « Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) », Mémoire EHESP, 2014, p6

⁸ Jean-Marie CLÉMENT, « Du financement à la journée au paiement à l'acte », op cit.

⁹ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°172 du 28 juillet 1999, p11229.

établissements publics et privés de santé. Fondé sur une « tarification à la pathologie » ce nouveau système entre en phase de test pour une durée initiale de cinq ans¹⁰.

En 2002, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003¹¹ fait de la réforme de la tarification à l'activité un « levier essentiel de modernisation de l'offre hospitalière¹² » dans la continuité de l'annonce du plan « Hôpital 2007 » trois mois plus tôt. Progressivement mise en place au sein des établissements de santé à partir de 2004, la tarification à l'activité révolutionne la façon d'envisager le financement d'un établissement de santé, en le subordonnant à son activité. Sur ce principe, plus un établissement réalise d'actes médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux, plus il est rémunéré. Chaque acte étant facturé selon un tarif prédéfini, si l'établissement parvient à réaliser l'acte à un coût inférieur à celui du tarif, il se ménage une marge financière. Le système de la T2A entendait ainsi mettre fin à l'inertie qui caractérisait l'ère de la Dotation Globale en privilégiant la productivité des établissements. Mais au-delà d'une simple modalité de financement, la T2A a opéré un bouleversement de la culture fonctionnelle de l'hôpital public, ainsi qu'une refonte profonde de l'organisation des établissements.

En effet la transition de la dotation globale vers la tarification à l'activité inverse la manière de considérer les possibilités d'un établissement. Sous la Dotation Globale, le point de départ de la réflexion était la somme d'argent obtenue. A partir de ce qui était perçu, l'hôpital construisait son budget et menait ses projets sachant de combien il allait disposer. Sous un régime de T2A, la première priorité est de réaliser de l'activité. Au début d'un exercice, il devient nécessaire d'anticiper le volume d'activité qui sera effectué pendant l'année, afin de construire un budget prévisionnel qui, s'il se réalise, permettra à l'établissement de bénéficier de la somme qui a déjà été utilisée du fait de son fonctionnement normal. Ce retournement de la méthodologie d'action au sein des établissements publics de santé fait de la T2A une « véritable révolution¹³ ».

Compte tenu de l'importance du changement constitué par l'adoption de la tarification à l'activité pour les établissements publics de santé, il a été décidé que son implantation serait progressive. A partir de 2004, une part progressive des recettes de Dotation Globale ont été remplacée par des recettes T2A, jusqu'en 2008, année sonnant la fin de la transition. A partir de 2008, l'ensemble des établissements publics et privés de santé fonctionnaient selon ce système, à l'exception des établissements classés dans la

¹⁰ <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>

¹¹ Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

¹² Lise GUIBERT, « Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A », Mémoire ENSP, 2006, p4

¹³ Gregg-Ivan BOUMAL, « De la T2A à la facturation au fil de l'eau », Décision Santé, n°267, Août-Septembre 2010, pp 24,25

catégorie des « Ex-hôpitaux locaux ». Ces petits établissements ont bénéficié par trois fois d'amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, 2012 et 2013, repoussant le passage en T2A à...2015¹⁴. D'autres domaines ne sont pas (encore) concernés par ce système, tels que la psychiatrie ou les soins de suite et de réinsertion (SSR). Il est prévu que ce dernier secteur passe en tarification à l'activité au cours de l'année 2016¹⁵.

Sur un plan plus technique, le fonctionnement de la tarification à l'activité peut être résumé comme suit :

Différents tarifs cohabitent au sein d'un grand ensemble. Les tarifs par séjour interviennent dans le cadre des hospitalisations. Chaque acte réalisé pour un patient est codé par le médecin qui le mène à bien selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). L'Ensemble de ce codage est compilé dans le Résumé d'Unité Médical (RUM), qui devient, à la sortie du patient un Résumé Standardisé de Sortie (ou RSS). Les informations contenues dans le RSS permettent d'associer le patient à un Groupe Homogène de Malades (GHM) puis à un Groupe Homogène de Séjours (GHS). C'est le GHS qui permettra de déterminer le niveau de rémunération qui sera perçu par l'établissement, en fonction d'une grille de tarifs forfaitaire.

Les données d'activité ainsi obtenues étaient transmises mensuellement à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui procède à leur valorisation. L'ARS arrête et notifie chaque mois à l'établissement et à la caisse pivot le montant ainsi calculé¹⁶.

Ces tarifs de séjours constituent la principale source de revenus des établissements en T2A. Ceux-ci sont néanmoins associés à d'autres tarifs qui les complètent. Parmi eux se retrouvent les tarifs par prestation, qui regroupent les prestations non couvertes par les GHS, telles les consultations externes, ainsi que les sommes forfaitaires obtenues pour certaines activités comme le Forfait Annuel Urgences (ou FAU).

Enfin, outre l'ensemble de ces recettes qui constituent ce qui est appelé la « part variable », existent des crédits issus aujourd'hui des Agences Régionales de Santé. Ces crédits sont reçus au titre de l'exercice de missions d'intérêt général (MIG), d'aides à la

¹⁴ Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », septembre 2013, p318

¹⁵ idem

¹⁶ « Projet FIDES – Rapport au parlement », Rapport conjoint du ministère du travail, du ministère du budget et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), 2011

contractualisation (AC) et lorsque l'établissement mène des projets ou exerce une activité donnant droit à une dotation du Fonds d'Intervention Régional (ou FIR) de l'ARS.

L'introduction de la T2A au sein des établissements publics de santé a développé la responsabilité des acteurs à un niveau encore jamais vu. Le personnel soignant, et en particulier le personnel médical, devient responsable de l'activité des services de soin, prenant en charge le codage des actes en plus de leur réalisation, avec toutes les contraintes que cela amène. Le personnel administratif de son côté, a été forcé de développer des outils de pilotage économique et financier afin, d'une part, de se doter d'indicateurs fiables lui permettant de comprendre les freins à la bonne santé de l'établissement et, d'autre part, de mieux agir sur les leviers permettant de corriger les organisations défaillantes ou de rendre des comptes aux différentes instances de tutelle. Les outils de comptabilité analytique, de gestion financière ou de contrôle de gestion sont autant d'instruments dont le développement a suivi de manière logique l'installation de la T2A. Cet aspect de responsabilisation a été ressenti avec beaucoup plus de poids dans les établissements publics par opposition aux établissements privés.

Ceci s'explique par les différences culturelles importantes qui existent depuis longtemps entre les deux secteurs. Il a été évoqué plus haut qu'alors que les établissements publics fonctionnaient sous Dotation Globale, les établissements privés fonctionnaient déjà selon un mécanisme dont le principe reposait sur l'activité. Leur gestion étant similaire à celle d'une société privée, la réalisation de marges et de gains de productivité n'étaient pas pour eux des idées nouvelles. A contrario, malgré le fait que dix ans se soient écoulés depuis le lancement de la tarification à l'activité, la transition culturelle de l'hôpital public n'est toujours pas terminée. Cette transition reste toutefois un préalable nécessaire à une mise à jour efficace des organisations de travail, afin de permettre un fonctionnement satisfaisant de la chaîne de facturation des établissements.

La démarche de passage à la tarification s'inscrit dans une idée de progressivité. Une première étape consistait en la transition progressive de la Dotation Globale vers la T2A. Il était cependant prévu que le premier dispositif de tarification à l'activité ne soit que transitoire. Il devait être approfondi, en prenant la forme d'une facturation directe et individuelle pour les établissements de santé, et ce dès le début des expérimentations. Cette nouvelle étape de l'évolution du mode de financement des établissements de santé est aujourd'hui en marche.

1.1.3 Le passage à la FIDES : Aboutissement d'une démarche d'évolution vers une tarification à l'activité effective

Pour l'Inspection Générale des Finances (IGF) et l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) dans leur rapport conjoint de décembre 2008, « le projet de passage à la facturation directe est un élément associé à la réforme de la T2A, et s'inscrit dans la volonté de rapprochement des secteurs des cliniques privées et des hôpitaux ¹⁷ ». Cette affirmation permet de formuler deux constats :

-Le premier est celui selon lequel l'un des objectifs principaux de la réforme de la tarification à l'activité était le rapprochement des établissements de santé privés et publics. La volonté d'uniformisation des systèmes de financement entre les deux secteurs répond à une exigence de transparence entre établissements, dans le but de mener des comparaisons effectives, mais s'inscrit également dans une démarche globale de modernisation du fonctionnement des établissements publics. Ceci passe par le rapprochement de la gestion des hôpitaux publics de celle des établissements privés à but lucratif.

-Le second est que le projet de passage à la facturation directe est bel et bien le prolongement logique de la réforme T2A. Il s'agit d'un aboutissement, prévu dès le lancement d'un projet dont on savait qu'il serait mené sur quinze ans. Il est donc nécessaire d'envisager le projet FIDES comme un développement logique. Comme la deuxième partie de la réforme engagée quelques années plus tôt.

Le principe fondateur de la Facturation Individuelle des Établissements de Santé est la mise en place d'une facturation directe. A ce principe s'ajoutent deux autres caractéristiques. La facturation devient également individuelle et se fait « au fil de l'eau ».

Par directe, on entend que la facturation des établissements de santé se fasse sans intermédiaire. Le circuit par lequel passait l'information de facturation, incluant l'ATIH et l'ARS est voué à disparaître. Dans un cadre de FIDES, l'envoi de ces informations se fait directement de l'établissement vers l'Assurance Maladie à travers des flux dématérialisés.

Par individuelle, on entend que le mode de facturation est amené à se recentrer sur le patient. En effet en FIDES, chaque venue de patient fait l'objet d'une facture

¹⁷ IGF,IGAS, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale », 2008

individuelle, qui comportera l'ensemble des actes réalisés lors de la venue ou séjour de celui-ci. On est à l'opposé de la logique de « paquets de données » qui sont envoyés de manière globale via le Département d'Information Médicale (DIM). Cet aspect aura des conséquences toutes particulières notamment en ce qui concerne les possibles rejets des factures envoyées individuellement, une contrainte qui n'existait pas dans le fonctionnement antérieur de la T2A.

Enfin, la troisième caractéristique principale de cette nouvelle forme de facturation est son caractère continu. Si l'expression « au fil de l'eau » est devenue indissociable de la communication relative au projet FIDES, c'est parce que, dans un tel contexte, les délais courant entre la sortie du patient et l'envoi dématérialisé de sa facture ont vocation être réduits au minimum. La facturation en FIDES est conçue pour être régulière et continue. Les flux de factures sont appelés à se succéder, suivant de près les sorties de patients.

Ces trois traits caractéristiques du projet FIDES appellent un avantage certain, mais imposent également de prendre en compte de nouvelles contraintes.

Parmi les différents avantages attendus, le principal est celui inhérent à la gestion optimisée de la trésorerie des établissements. Avec le système T2A, les flux de trésorerie issus des recettes variables sont mensuels. Le processus de transit de l'établissement vers l'ATIH, puis vers l'ARS et la caisse pivot de l'assurance maladie se répète chaque mois, ce qui implique que les principaux flux financiers d'un établissement se trouvent chacun espacés de quatre ou cinq semaines. En FIDES, le choix est laissé à l'établissement en matière de rythme de facturation. Celui-ci, « nécessairement inframensuel¹⁸ », au mieux hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, permet aux flux financiers de se réaliser plus fréquemment. Ce qui permet de supposer que l'établissement se trouvera en mesure de gérer sa trésorerie de façon beaucoup plus rapprochée, avec une meilleure marge de manœuvre à court terme. Ceci constitue un avantage non négligeable dans un contexte où nombre d'établissements publics de santé rencontrent des difficultés de trésorerie.

Ce mode de fonctionnement appelle cependant une certaine organisation. Organisation exigeante qui suppose une fiabilisation complète de la chaîne des acteurs de la facturation. Ces acteurs se doivent d'exécuter leurs tâches avec une rigueur nouvelle, étant donné qu'en cas d'erreur dans une facture émise vers l'assurance maladie, le document ne sera pas pris en compte et rejeté dans son intégralité. Coupant

¹⁸ Jonathan BELCASTRO, Didier CARLIER, « La facturation individuelle des établissements de santé : Révolution ou aboutissement de la T2A ? » *Gestions Hospitalière*, n°533, Février 2014, pp81-85

ainsi à l'établissement la possibilité de bénéficier des financements qui y sont rattachés, tant que ladite facture n'a pas été corrigée puis renvoyée. Du fait de l'inévitabilité de la présence de rejets, il est nécessaire pour les établissements de se doter de cellules de correction, qui sont aujourd'hui gérées par les bureaux des entrées. Outre la question des motifs de rejet, une donnée importante est celle du respect du temps de facturation. Pour transmettre une facture au plus tard deux semaines après la sortie du patient, il est nécessaire non seulement que les informations du dossier administratif du patient soient parfaites, mais également que le codage médical ait été réalisé par les professionnels de santé et optimisé par le DIM. Dans l'hypothèse où le codage médical est réalisé en retard, ce qui est une situation régulièrement constatée parmi les établissements publics de santé, le flux de facturation se trouve décalé, selon une intensité corrélée à l'importance du retard pris par les professionnels médicaux et para-médicaux. Le passage à FIDES suggère ainsi une connaissance optimale par les différents acteurs des enjeux et des conséquences de ce nouveau type de fonctionnement.

Les pouvoirs publics avaient conscience de l'importance d'un tel changement et avaient, de ce fait prévu un passage progressif en FIDES une fois le 100% de financement par T2A atteint pour les établissements concernés au niveau national, soit à partir de 2008. Est cependant intervenu le rapport conjoint de l'IGF et de l'IGAF, dont les conclusions se révélèrent très défavorables à un déploiement immédiat¹⁹. Le rapport préconise un report de la généralisation au 31 décembre 2012, avec, durant la période la mise en œuvre d'une nouvelle phase d'expérimentation pour le mécanisme FIDES.

Cette expérimentation s'est déroulée à partir de juin 2010 auprès de 55 établissements volontaires selon les trois phases suivantes :

-Une phase de préparation, menée entre juin 2010 et avril 2011 durant laquelle les établissements ont retravaillé leurs organisations afin de pouvoir assumer des envois dématérialisés réguliers et en grande quantité, fiabilisé leur chaîne de facturation des actes et consultations externes (ACE) ainsi que des séjours hospitaliers, et intégré au sein de leur système informatique les logiciels liés au projet et aux tests envisagés.

-Une première phase de bascule à partir d'avril 2011 d'une durée indicative d'un an, durant laquelle chaque établissement choisit de passer en FIDES, soit pour les ACE, soit pour les séjours. Cette phase ne concernant que les établissements qui ont atteint, au cours de la phase 1, un taux de rejet inférieur à 10% des factures émises.

¹⁹ « Les établissements de santé ont encore de nombreuses étapes à franchir pour être prêts [...] Il en résulte clairement que le projet ne pourra pas se déployer à la date prévue du 1er janvier 2009, et qu'il requiert encore plusieurs années de travail avant d'envisager une généralisation de la facturation directe. Une date antérieure à 2012 semble illusoire. »

-Enfin une seconde phase de bascule, déclenchée un an après la première, durant laquelle les établissements passent en FIDES pour le périmètre restant.

Les résultats de l'expérimentation ont permis de positionner le début de la généralisation de FIDES au niveau national au 1^{er} janvier 2013. Deux étapes sont prévues dans cette généralisation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013²⁰ annonce la fin du délai pour le passage en FIDES ACE au 1^{er} mars 2016, et pour le passage en FIDES séjours, Hospitalisation à Domicile (HAD) et Dialyses au 1^{er} mars 2018. Durant l'année 2015, de nombreux établissements ont effectué leur passage à en FIDES pour les ACE.

Il convient enfin de rappeler que le projet FIDES s'inscrit dans une démarche globale de dématérialisation des flux financiers et comptables, comme en atteste sa concomitance pour un certain nombre d'établissements avec le développement du protocole PES V2, un protocole de dématérialisation des échanges entre l'ordonnateur et le comptable public sur l'ensemble du budget (dépenses et recettes). Une telle démarche, si elle est menée à bien, soutient l'idée de recherche d'efficience et favorise les transferts de flux dématérialisés à grande échelle. Ceci explique pourquoi la dématérialisation des échanges est considérée comme « indispensable au bon fonctionnement du dispositif FIDES en régime de croisière²¹ »

L'ensemble de ces développements fait clairement ressortir l'idée d'évolution de l'hôpital public, tout particulièrement à travers ses modes de financement. Se rapprochant de plus en plus près d'une gestion d'entreprise, les établissements publics de santé verront d'ici quelques années l'une de leurs plus ambitieuses réformes prendre fin. Toutefois, lorsque l'on s'interroge sur les conséquences de ce long processus de changement, il apparaît que l'ensemble des fonctions support des établissements ont également fait l'expérience de nombreux changements. C'est tout particulièrement le cas pour les services des admissions, dont l'évolution est d'une part la conséquence logique de l'implantation de la T2A, et d'autre part l'une des transpositions les plus parlantes à l'échelle d'un service des transformations subies par l'hôpital public au cours des dernières années.

²⁰ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale, JORF n°294 du 18 décembre 2012, p19821.

²¹ Ministère des affaires sociales, Ministère de l'économie et des finances, UNCAM, « Guide de préparation des établissements de santé au passage en FIDES », Cit.in. Gaëtan ASSIÉ, « Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) », Mémoire EHESP, 2014

1.2 La transformation du bureau des entrées, aujourd'hui porte d'entrée dans la chaîne de facturation et garant des nouveaux droits du patient

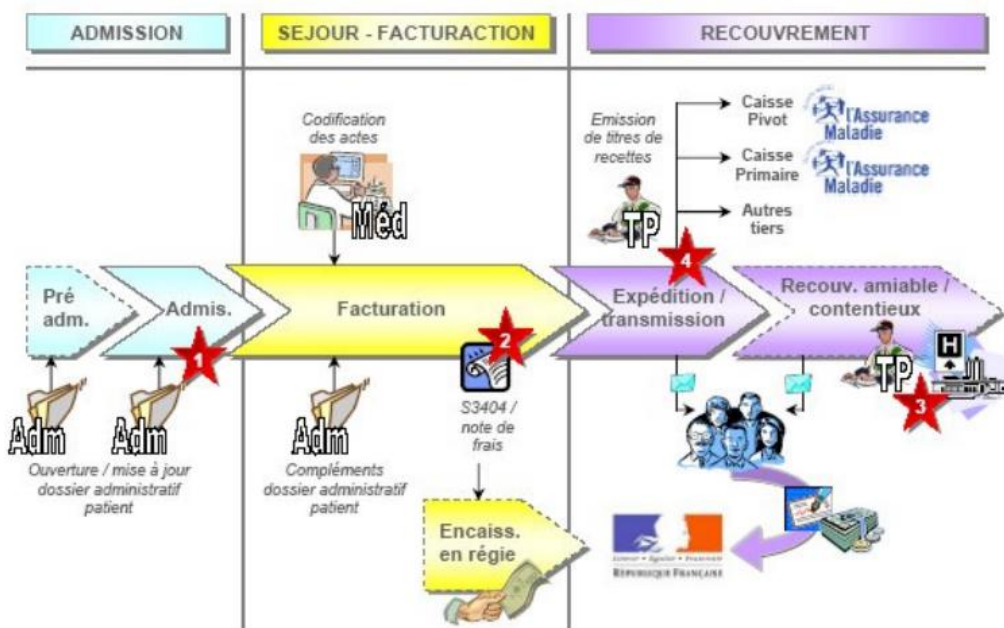
Le bureau des entrées est probablement l'organe le plus représentatif de l'évolution subie par les établissements publics de santé au cours des dernières décennies. Autrefois service d'enregistrement mécanique au « niveau de formation des agents historiquement faible²² », il a vu croître ses fonctions au fil des années jusqu'à devenir aujourd'hui un véritable pivot de l'activité financière d'un établissement public de santé. Parfois renommé espace « gestion clientèle » ou « accueil clientèle », le service des admissions est à la fois un maillon fort de la chaîne de facturation (1.2.1) et le garant de certains droits nouvellement accordés aux patients depuis le début des années 2000 (1.2.2). En ressort le constat selon lequel cette évolution des bureaux des entrées constitue un véritable changement de paradigme, qui doit être pris en compte par les managers hospitaliers dans leur façon de considérer et gérer un tel service (1.2.3)

1.2.1 La métamorphose du bureau des entrées en maillon de la chaîne de facturation hospitalière

Avant de détailler les différentes fonctions actuellement exercées par les bureaux des entrées, il est nécessaire de revenir brièvement sur sa place dans la chaîne de facturation d'un établissement, et le fonctionnement de cette dernière. Le schéma ci-dessous²³, issu des travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), résume de manière efficace le processus de facturation hospitalier. Il en retrace les trois principales phases : Admission, Séjour-Facturation et Recouvrement. Il convient de préciser que ce schéma étant relativement ancien (2008), il ne reflète plus exactement le processus de facturation directe impliquée par l'introduction du projet FIDES, qui interviendrait durant la phase de recouvrement. Ce point, toutefois, ne remet pas en cause la validité de la représentation des tâches de chaque acteur, et en particulier de celles des services des admissions, qui intervient dans chacune des trois phases.

²² Pascale TICOS, Guillaïn VANDAELE, « *Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle : Piloter le changement pour valoriser le front office client* », Gestions Hospitalières, n°438, Août/Septembre 2004 pp517-523

²³ Schéma extrait de : Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, « *État des réformes du financement et de l'assurance maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé* » 2008, 84p



Lors de la phase d'admission, le bureau des entrées accueille le patient et crée, ou met à jour son dossier administratif, selon qu'il s'agit ou non de sa première venue dans l'établissement. Ce dossier peut être complété durant le séjour du patient. Il arrive en effet souvent que des informations manquent lors de l'enregistrement, pour des raisons qui seront détaillées ci-après. Dans le système T2A, une fois le codage effectué par le médecin et contrôlé par le DIM, les données sont transmises à l'ATIH. Une fois le passage à FIDES effectué, le bureau des entrées devient le service responsable de l'édition et de l'envoi des factures.

-La construction du dossier administratif du patient

Fonction historique du bureau des entrées, la construction du dossier administratif du patient est la phase durant laquelle sont récoltées l'ensemble des données relatives à l'identité du patient (nom, date de naissance, adresse, coordonnées...) mais, surtout, au régime de prise en charge par la sécurité sociale dont il relève. En effet la vérification de la validité des droits du patient à bénéficier d'une couverture santé, obligatoire comme complémentaire, est aujourd'hui capitale dans le but de s'assurer de la solvabilité de celui-ci. Les rentrées financières de l'établissement en dépendent. Pour procéder à ces vérifications, certains outils ont été progressivement mis en place, parmi lesquels l'outil dit de consultation des droits, ou CDR. Celui-ci est relié à un boîtier dans lequel la carte vitale du patient est insérée. L'opération donne accès sur le poste informatique connecté au boîtier à une page récapitulatif l'état des droits du patient. L'outil, dont la démocratisation

est intervenue en 2009²⁴, couplé au déploiement de boîtiers de mise à jour des cartes vitales a permis de faire un pas en avant significatif dans la fiabilité de la récolte de ces données.

En effet les problématiques liées à l'identito-vigilance, restent parmi les plus importantes pour les bureaux des entrées. Avant le passage en FIDES, les problèmes classiques, tels que les doublons d'identité, la mauvaise orthographe du nom ou l'erreur dans la saisie de la date de naissance du patient pouvaient provoquer des erreurs médicales et engager, parfois lourdement, la responsabilité de l'établissement. Aujourd'hui s'ajoute à ce risque la certitude qu'en cas de discordance entre les informations contenues dans le dossier médical du patient et celles contenues dans les bases de données de l'assurance maladie, la facture individuelle émise par l'établissement sera rejetée, occasionnant du travail supplémentaire de retraitement pour le service. Ainsi, plus que jamais, l'identito-vigilance se doit d'être au cœur des préoccupations des services d'admission. En témoigne l'existence, parmi les fiches pratiques rédigées par la DGOS en 2012 dans le cadre du programme Hôpital Numérique, d'un guide spécialement destinée à optimiser la prise en charge des questions relatives à cet enjeu²⁵.

-La gestion du contentieux de recouvrement

Avec le passage en tarification à l'activité, la principale préoccupation des services financiers est devenue celle du recouvrement de l'intégralité des créances de l'hôpital sur ses débiteurs. Dans la grande majorité des cas, le patient est couvert par un régime de sécurité sociale ainsi que par une couverture santé complémentaire, mutualiste ou non. Les établissements de santé ont parfois conclu des conventions avec certains organismes d'assurance santé complémentaire. Dans ces cas, les prestataires de ce service verseront directement la somme due à l'établissement. Toutefois, compte tenu du nombre indéfinissable d'organismes existants, tous ne sont pas conventionnés. Le service doit alors facturer de manière formelle le reste à charge du patient à sa complémentaire santé. Dans ce contexte, il n'est pas rare que les factures émises soient rejetées ou restent sans réponse. Il est alors nécessaire de relancer les organismes, de clarifier auprès d'eux une situation de désaccord, de vérifier les factures rejetées pour, le cas échéant, les corriger. Le même type d'action est engagé auprès des patients dits « payants » c'est-à-dire dont la couverture maladie ne prévoit pas le paiement du reste à charge. A travers cette

²⁴ Circulaire N°DHOS/E3/2009/291 du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé

²⁵ DGOS, « Fiche pratique 1 : Exemple de mise en œuvre de l'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé », Programme Hôpital Numérique – Boîte à outils pour l'atteinte des prérequis, Octobre 2012, 7p

fonction, le service du bureau des entrées a acquis le rôle de procéder au recouvrement des créances en cours, de « faire rentrer de l'argent ». Cette fonction apparaît cependant beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, et nécessite des compétences particulières ainsi que du temps passé par des agents dont cela est parfois la tâche unique.

1.2.2 L'acquisition par le bureau des entrées du rôle de garant d'une partie des droits du patient

Malgré le glissement des fonctions des services d'admission vers le volet financier de la gestion hospitalière, le bureau des entrées reste historiquement un organe d'accueil de la patientèle. Ainsi les fonctions traditionnelles d'écoute et d'orientation sont toujours au cœur des fonctions assumées par le service. Toutefois, avec l'avènement de la responsabilisation du patient et l'octroi progressif à celui-ci de nouveaux droits, dont le point de départ symbolique a été la promulgation de la loi « Kouchner » du 4 mars 2002²⁶, les services d'admission se sont vus assigner de nouvelles fonctions, qu'il convient de détailler.

-Le point de contact avec la charte du patient hospitalisé

La charte du patient hospitalisé est le document le plus représentatif de l'évolution de droits du patient. Existant depuis 1995, elle a été remaniée à de nombreuses reprises, sous l'influence des lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique²⁷, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique²⁸ et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie²⁹.

Parmi les dispositions nouvelles les plus marquantes prises en compte par la charte, on peut retenir : le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie³⁰. Dans une volonté de diffusion au plus grand nombre, la charte du patient hospitalisé a été rendue accessible aux non-voyants et a été intégralement traduite en anglais. Un résumé est également disponible en sept

²⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁷ Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

²⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁹ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

³⁰ <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

langues. Enfin, le site du ministère de la santé précise que « la charte est disponible gratuitement sur demande auprès du service chargé de l'accueil dans les établissements de santé³¹. »

Ce choix de faire du service d'accueil, dans la quasi-totalité des cas relié à celui des admissions, le point de contact avec l'expression la plus formalisée des droits des patients souligne la logique soutenue des pouvoirs publics de faire des bureaux des entrées un véritable espace d'accueil clientèle. Espace dont le rôle est d'informer le patient sur ses droits et lui permettre de les faire valoir. Il est intéressant d'illustrer cette idée à travers un exemple de procédure reliée à l'expression des droits du patient menée par le service des admissions : la procédure d'anonymisation du dossier patient. Réalisée en certaines circonstances exceptionnelles, elle illustre parfaitement l'évolution des fonctions du bureau des entrées vers celles d'un espace ressource au service du patient.

-La gestion des revendications des patients et la recherche de la résolution amiable

L'usager a pris une place prépondérante au sein de l'hôpital public. Désormais représenté dans la plupart des instances des établissements, fort de nouveaux droits dont le spectre ne cesse de progresser, il n'est pas étonnant de constater une augmentation du nombre de revendications de la part des patients en ce qui concerne les services offerts par l'hôpital. La transition opérée entre patient et client, et la hausse des attentes des patients a justifié l'apparition et le développement des départements ou directions des affaires juridiques ou contentieuses.

Dans les établissements de santé de petite taille néanmoins, il n'existe pas de direction ou service administratif dédié au traitement du contentieux juridique. La direction générale est alors chargée de la mission de gérer cet enjeu. Toutefois, dans cette situation, le bureau des entrées peut être amené à jouer un rôle de médiation orale auprès du patient présentant ses griefs auprès de l'établissement, lorsque le patient ne connaît pas la procédure standard qui commence par l'envoi d'un courrier à l'attention du chef d'établissement. Le service des admissions, en tant que service d'accueil, est le premier organe de l'établissement avec lequel le patient est en contact. A ce titre il est amené à recueillir les éventuelles doléances et à opérer une première tentative de gestion du conflit. Dans le cas toutefois où les revendications du patient vont au-delà d'un certain seuil, sa demande quitte le champ de compétences du bureau des entrées. Celui-ci s'acquiesce alors de sa fonction d'orientation, en indiquant au patient la procédure à suivre.

³¹ idem

Il s'agit en effet d'une fonction qui n'est pas formalisée au même titre que celles d'enregistrement et de recouvrement, mais qui a trouvé sa place parmi les tâches des services d'admissions dans les établissements où le contentieux juridique n'est pas un domaine d'activité à part entière. Il est intéressant que cette tâche ait échu au bureau des entrées. Ce fait constitue une illustration de l'idée selon laquelle ce service, malgré son rôle aujourd'hui fortement relié au volet financier, reste un organe d'accueil et de conseil, vers lequel il est naturel de se diriger lorsque l'on souhaite faire valoir un droit en tant que patient.

1.2.3 Le nécessaire changement de paradigme managérial pour les bureaux des entrées

Les services d'accueil et gestion clientèle actuels ne sont plus comparables aux bureaux des entrées de l'époque du prix de journée. L'Évolution des fonctions de ces services a été constatée et actée. Pourtant, et c'est bien là le principal paradoxe qui touche cet organe, la transition n'a pas toujours été intégrée. Les bureaux des entrées souffrent encore de l'image « dégradée³² » qui leur a été attribuée il y a plusieurs dizaines d'années. L'image d'un service « placard », où étaient affectés les agents faiblement qualifiés ou dont le poste a été requalifié suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, et dont l'organisation prenait une forme rigide et pyramidale. Ainsi plusieurs pistes peuvent-être explorées afin de donner aux bureaux des entrées les moyens de réaliser leurs objectifs.

-Augmenter le niveau de qualification moyen des agents

Si le niveau de qualification moyen des agents des bureaux des entrées a été jugé « historiquement faible », il est clair que l'un des leviers d'amélioration des performances des services d'admissions réside dans l'amélioration de celui-ci. La connaissance de l'évolution du mode de financement des établissements de santé telle qu'elle a été présentée plus haut semble constituer un cadre pour les agents, qui leur permettrait de mieux comprendre le sens de leur activité. Sur un plan plus technique, il paraît impossible aux agents d'un bureau des entrées moderne d'exercer leurs fonctions sans connaître les rudiments des flux dématérialisés de type B2, qui permettent par exemple de procéder à la facturation des séjours financés par la Couverture Maladie Universelle ou l'Aide Médicale d'État. Cette exigence technique est encore plus nécessaire dans le cadre du

³² David MALLET, « *Des bureaux des entrées à l'espace gestion clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction traditionnelle au CHU de Rouen* » Mémoire ENSP, 2003, p27

passage en FIDES, où les flux dématérialisés deviennent la norme et où la compréhension des enjeux est la condition *sine qua non* d'un travail efficace.

Il arrive pourtant qu'au sein même des services des admissions, certains agents, lorsqu'ils sont par exemple uniquement affectés à l'accueil, ignorent tout de ce qui constitue la facturation des séjours et la façon dont l'établissement procède au recouvrement de ses créances. Ces lacunes n'impactent pas directement les fonctions de tels agents, qui se cantonnent aux questions d'accueil et d'enregistrement des patients. Elles ont cependant deux conséquences : Elles condamnent l'agent à une vision étroite de ses fonctions et l'amènent à manquer d'éléments nécessaires à la compréhension d'un processus de changement au sein du service dont il fait partie. Sur un plan personnel enfin, l'agent ne voit ni ses actions valorisées, ni ses fonctions responsabilisées. Un tel contexte n'est pas propice à l'amélioration de ses conditions de travail.

La formation au sein des bureaux des entrées était également être reléguée au second plan. Elle constitue pourtant l'outil numéro un au service du manager afin de d'améliorer les compétences des agents. L'inscription des agents des bureaux des entrées au plan de formation constitue une opportunité de donner à ces services les capacités d'assumer leur nouveau statut. La principale difficulté étant de mener une démarche claire, à même de convaincre les éventuels agents réfractaires au changement de leur situation.

-Responsabiliser les agents et les impliquer dans une démarche d'amélioration du service

Le principal écueil de l'organisation directive d'un bureau des entrées est l'aspect déresponsabilisant de celle-ci. Les tâches du service des admissions, malgré leur évolution frappante, restent des tâches d'exécution, et à ce titre, des tâches qu'il est possible d'assumer au jour le jour sous l'encadrement strict du cadre en charge du service. Dans les faits, une telle organisation amène les agents à se désengager des projets du service, pour finalement se contenter d'exécuter de façon littérale leurs fonctions et de ne pas, ou peu, s'investir, tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel.

Si une telle organisation perdure, il devient particulièrement difficile d'amener l'agent à s'investir de nouveau dans la vie du service. Le changement peut être mal perçu par les agents qui ont le sentiment de se voir confier plus de tâches pour des raisons qui

leur apparaissent parfois obscures. Le processus de responsabilisation des agents doit se faire de façon progressive, en mettant dans un premier temps l'accent sur la communication entre les agents et leur hiérarchie. Un rapprochement entre agents et cadres, qui serait de nature à favoriser le développement d'une certaine confiance, pourrait améliorer d'une part le ressenti de l'agent, qui se verrait ainsi accorder plus de reconnaissance, et d'autre part les relations inter-hiérarchiques qui s'en trouveraient rapprochées et plus naturelles. Une fois ce dialogue installé de manière permanente, il devient plus aisé de faire passer des messages et de mettre en œuvre une pédagogie du changement.

La conduite du changement est, pour toutes les raisons qui ont été évoquées au cours de ces développements, un exercice particulièrement spécifique lorsqu'il touche aux bureaux des entrées. La littérature sur le sujet est abondante³³, et de nombreux outils et concepts sont à la disposition du manager qui souhaite intégrer le changement au sein de son organisation, mais il n'existe pas de méthode d'accompagnement a priori. L'Exemple du Centre Hospitalier de La Ciotat, au sein duquel j'ai passé plusieurs mois, permettra de mettre en perspective les considérations théoriques résumées au cours de la première partie, et d'apporter un éclairage concret en décrivant les méthodes mises en œuvre pour préparer et accompagner le passage à FIDES au niveau du service Gestion Clientèle.

³³ Voir par exemple, sur la perception personnelle et l'acceptation du changement personnel ou professionnel :

Gérard-Dominique CARTON et Diane BARRIERE-DESSEIGNE, « *Éloge du changement, Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* », Village Mondial, 2004, 253p

Sur la conduite du changement dans le monde professionnel :

David AUTISSIER, Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ, Alain VAS, « *Conduite du changement : Concept clés* », Dunod, 2010, 232p

2 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du CH de La Ciotat, comparaisons et propositions

Le Centre Hospitalier de La Ciotat, établissement dans lequel j'ai effectué mon stage, a effectué son passage en FIDES ACE au 1^{er} juillet 2015. A cette occasion j'y ai réalisé une analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle (2.1). Mon travail a été, au fil de mon immersion professionnelle, enrichi par la visite d'un autre bureau des entrées de la région, puis complété par des préconisations et par l'observation des premières suites du passage en FIDES (2.2).

2.1 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat

La principale mission qui m'a été confiée lors de mon stage a été la réalisation d'une analyse de type audit concernant l'organisation du service Gestion Clientèle. Cette mission m'a amené à prendre connaissance de la situation du CH de La Ciotat, de son environnement et de ses spécificités (2.1.1) avant de réaliser une analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle (2.1.2) et d'en faire ressortir les forces et les faiblesses (2.1.3).

2.1.1 Le CH de La Ciotat et son environnement : Un hôpital de proximité amené à diversifier son activité

Le Centre Hospitalier de La Ciotat est un « petit » établissement de 358 lits et places (119 lits MCO, 151 lits d'EHPAD, 88 places en HAD, SSIAD et accueil de jour Alzheimer). Il est positionné sur un territoire de santé déjà occupé par le Centre Hospitalier d'Aubagne au nord, le Centre Hospitalier de Toulon à l'est et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille à l'ouest. Ces trois établissements, plus grands et disposant d'un plateau technique d'une autre ampleur, cantonnent malgré lui le CH de La Ciotat à un rôle d'hôpital de proximité. Rôle confirmé par la zone d'attractivité de l'hôpital (plus de 50% de la clientèle du CH de La Ciotat est Ciotadine) et intégré par la direction de l'établissement, dont l'objectif est de proposer une gamme de prestations variées, mais à « taille humaine ».

L'Établissement dispose de deux services de médecine, d'un bloc opératoire de huit salles géré sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec la clinique mitoyenne, d'une maternité (labellisée par l'UNICEF), d'une unité de soins continus, d'un service d'urgences auquel est rattaché une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de quatre lits. Tout un pan du rez-de-chaussée de l'établissement est consacré aux consultations externes. Un bâtiment voisin du bâtiment principal comprend la pharmacie à usage interne (PUI) de l'établissement, ainsi que ses services d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins infirmiers à domicile (SSIAD). On y retrouve également l'un des deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le second se trouvant dans une petite commune voisine à celle de La Ciotat.

Cette activité très diversifiée est le résultat de la volonté de la direction de l'établissement. Le Centre Hospitalier de La Ciotat ne pouvant pas rivaliser avec ses voisins sur les plans quantitatif et qualitatif, il a été décidé que son positionnement devait permettre aux résidents du bassin de population de la ville et de ses environs de bénéficier d'une offre de soins la plus généraliste possible, afin de drainer l'ensemble de la patientèle du secteur, hormis pour les cas nécessitant des interventions plus spécialisées.

Sur le plan financier le CH de La Ciotat a vu sa situation se dégrader au fil de l'année. Ayant présenté un budget 2014 en déficit de 300 000 € pour des recettes de 33 000 000 €, l'établissement était en passe de retour à l'équilibre financier. Il a toutefois dû faire face au cours de l'année 2015 à une baisse de ses recettes dont la raison est à aller chercher du côté des retards de codage des actes pris par les médecins exerçant à l'hôpital. Il en ressort que la trésorerie de l'établissement s'est trouvée en difficulté à partir de la fin du printemps, reportant de plus en plus depuis le mois de mai le paiement des charges patronales sur les salaires ainsi que le paiement des fournisseurs. Le passage en FIDES se déroulait donc dans un contexte de tension financière, qui pouvait s'aggraver en cas de multiplication des problématiques liés aux rejets de factures.

2.1.2 Analyse du fonctionnement du service Gestion Clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat

-Présentation de la méthodologie

Il convient tout d'abord de préciser qu'avant mon stage, je ne m'étais jamais vu confier des missions de ce type. Aussi ai-je planifié, avant de lancer le projet, un temps de documentation et de préparation. Ce temps a consisté en la lecture de documents utilisés par d'autres établissements pour la réalisation d'audits, ainsi que de guides publiés sur internet. J'ai ensuite élaboré une grille d'audit dans le but de mener des entretiens avec les agents du service, et ai récupéré la grille d'audit proposée par le groupe régional d'identité-vigilance des établissements de santé (GRIVES) PACA pour mener des observations et recueillir des données concernant la procédure de recueil de l'identité et de l'enregistrement du patient (Ces grilles sont ajoutées en annexe).

Le temps imparti pour la mission courrait sur l'ensemble du mois de juin. Durant ce laps de temps, je devais procéder à mes observations, formuler un rapport comportant des préconisations et le communiquer à ma hiérarchie à travers un entretien oral. Ce temps était ainsi imparti pour plusieurs raisons. Il était nécessaire que la période soit assez large afin de pouvoir rencontrer tous les agents du service, dont beaucoup, période estivale oblige, avaient posé des congés. Il était également important que les analyses aient été formalisées avant le 1^{er} juillet, date à laquelle un nouvel adjoint des cadres a rejoint l'équipe du service Gestion Clientèle. Ainsi, il a été possible de travailler avec ce nouvel agent lors de sa prise de poste. Enfin la période retenue était assez large, afin que je puisse effectuer d'autres tâches, tout en gardant ce projet en « fil rouge ».

Le temps d'observation s'est ainsi déroulé :

- Prise de contact avec la méthodologie de l'audit et élaboration des grilles de travail.
- Validation de la méthodologie par l'Attaché en charge des finances et du bureau des entrées
- Temps d'immersion et de découverte de l'équipe et de l'organisation du service
- Conduite des entretiens en parallèle avec des temps d'observation des procédures mises en œuvre par les agents

Sur le plan méthodologique, les entretiens menés ont pris une orientation tantôt directive, tantôt semi-directive. Les informations recherchées étaient parfois très fonctionnelles (Quel est votre parcours ? Quelles sont vos tâches ?), et parfois plus larges, faisant appel au ressenti et à l'avis de l'agent (Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre travail ? Comment serait-il possible de les surmonter ?). Une telle démarche m'a permis d'une part de dresser une cartographie complète de l'organisation

du service, mais également de mieux connaître chaque agent et de mieux appréhender leur positionnement au sein de l'équipe.

-Fonctionnement du service

Avant le 1^{er} juillet 2015, le service comprenait 16 agents de niveau « catégorie C » (14 titulaires, dont 1 en congé longue maladie, 1 contractuel et 2 contrats aidés) sous l'autorité de l'attaché d'administration en charge des finances et de la gestion clientèle. Après le 1^{er} juillet 2015, un adjoint des cadres a rejoint l'équipe, qui comporte désormais 17 agents. Les fonctions assumées recouvrent : l'admission des patients hospitalisés, l'admission des patients en consultations externes, l'accueil administratif des urgences, la gestion du contentieux de recouvrement, la gestion de la facturation (gestion des flux B2 ainsi que de la facturation aux complémentaires santé et aux patients payants), la gestion de la cellule corrections (correction des erreurs, rectifications ou fusion de doublons de dossiers administratifs par exemple), l'encaissement, la gestion des régies et l'accueil téléphonique au standard.

L'équipe peut clairement être divisée en trois sous-groupes : Un premier regroupant les agents qui ne se voient confier que des fonctions d'accueil et d'enregistrement, un deuxième rassemblant des agents dits « polyvalents », capables de remplir aussi bien des tâches de front et de back-office, et un troisième composé de l'équipe affectée au standard téléphonique. L'un des agents (représenté par la lettre C dans le tableau) se trouve dans une situation particulière. Pour des raisons de santé, cet agent ne peut être confronté au public. Il bénéficie donc d'un poste aménagé, dont les fonctions consistent en le contrôle et à l'édition des factures physiques et des flux B2 de l'établissement. Il convient par ailleurs de préciser qu'en cas de nécessité (en dehors des jours ou horaires d'ouverture des guichets d'admission ou en cas de files d'attente importantes), les agents affectés au standard peuvent être amenés à réaliser l'enregistrement des patients, à des niveaux d'exhaustivité différents selon les agents.

Le tableau ci-dessous recense les 16 agents de catégorie C du service ainsi que leurs fonctions :

Agent \ Postes de travail	Admission Hospitalisation	Admission Externe	Accueil Administratif Urgences	Contentieux Recouvrement	Facturation	Corrections	Encaissement	Régies	Standard
A	x	x		x			x		
B	x	x				x	x	x	
C					x				
D	x	x		x			x	x	
E	x	x							
F	x	x	x						
G	x	x	x						
H	x	x	x	x					
I			x						
J		x	x						
K	x	x	x						
L	x	x		x			x		
M									x
N									x
O									x
P (CLM)									

Tableau 1 – Répartition des compétences au sein du service Gestion Clientèle du CH de La Ciotat

L'accueil des patients peut s'effectuer dans trois guichets, dont l'un est consacré à l'admission des patients venant pour des scanners, des consultations radiologiques ou gynécologiques. Un autre guichet, situé plus loin dans le hall de l'établissement, est consacré à l'accueil des consultations externes. Le plus souvent, l'un des trois guichets n'est pas ouvert et est utilisé comme poste de travail pour un agent travaillant sur le contentieux de recouvrement. L'organisation des postes de back-office est moins régulière, plusieurs postes sont répartis entre les différentes salles restantes. Le guichet d'accueil des urgences est situé dans une autre partie du bâtiment. L'Équipe des urgences comprend quatre agents qui, à une exception près, peuvent travailler ponctuellement aux guichets d'admission classiques.

Au niveau des horaires d'ouvertures et de travail, le tableau suivant résume l'organisation du service :

Service	Jours d'ouverture	Horaires d'ouverture
Standard	7j/7	7h30 – 19h30
Gestion Clientèle – Guichet Consultations Externes	Du lundi au vendredi	8h45 – 16h30
Gestion Clientèle – Guichet Externe Hall*	Du lundi au vendredi	7h45 – 17h30
Gestion Clientèle – Guichet hospitalisation	Du lundi au vendredi	8h45 -16h30
Urgences	7j/7	8h - 22h30 8h - 23h l'été
Back-office : Contentieux/Régie/Facturation	Du lundi au vendredi	Jusqu'à 16h30

Tableau 2 – Horaires d'ouverture des différents services de l'ensemble Gestion Clientèle

L'Horaire en 7h45 est la forme la plus répandue d'organisation du travail. Le standard est, toutefois, organisé en 12 heures. L'accueil des patients devant s'effectuer en continu, les horaires sont décalés : Un agent arrive à 7h45 pour réaliser l'ouverture des guichets et travaille jusqu'à 15h30. L'agent qui effectue la fermeture à 17h30 commence à 10h. Le reste des agents travaille le plus souvent de 8h45 à 16h30. Dans l'organisation de l'accueil des urgences, un roulement est effectué avec deux agents par jour. L'un effectuant un horaire de 8h à 15h30, l'autre un horaire de 15h à 22h30. En période estivale, en raison de la fréquentation accrue du service des urgences due à l'activité touristique de la ville, l'horaire de soir est décalé de 15h30 à 23h. Ces différents roulements, associés à la possibilité pour la plupart des agents de s'auto-remplacer, permettent au service Gestion Clientèle d'assurer un service continu.

Il est impossible de faire émerger un profil moyen de l'équipe du service Gestion Clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat. Elle forme une véritable mosaïque d'origines et de situations. L'effectif en poste est relativement âgé, la moyenne d'âge étant supérieure à 40 ans. Au sein de l'équipe, seuls deux agents ont moins de 30 ans et un agent moins de 40 ans. Les expériences de chacun sont très différentes et beaucoup d'agents ont été affectés au service suite à des reclassements ou des changements de carrière. Le niveau de qualification est assez modeste. La plupart des agents sont titulaires d'un CAP ou d'un BEP, certains d'entre eux ont un niveau Bac. Deux agents ont un niveau Bac+2. Ces qualifications ne sont d'ailleurs pour nombre d'agents pas en

relation directe avec les fonctions qu'ils occupent aujourd'hui. Les diplômés de vente et d'électrotechnique cohabitent avec des diplômés appartenant aujourd'hui au passé, tels que le Bac « Sténo-Dactylo » et le CAP « Employé de bureau ».

Il est possible, dans une certaine mesure, de généraliser ce constat de grande variété des profils au sein du bureau des entrées. En effet, l'expérience d'autres établissements permet de comprendre que la gestion d'un service gestion clientèle passe bien souvent par la gestion d'une équipe hétéroclite, composée de personnes aux profils très différents. Ceci est dû à des raisons historiques. En effet les agents les plus anciens ont assisté à toutes les évolutions dans le financement des établissements de santé, mais ont souvent conservé l'esprit de « l'avant T2A », mettant en avant les fonctions d'accueil et d'enregistrement du patient par rapport aux fonctions de facturation. Dans le même temps s'opère un renouvellement de génération, avec l'arrivée d'agents jeunes, qui n'ont connu que le fonctionnement en T2A et abordent de ce fait leurs fonctions sous un angle différent. Il est toutefois important de ne pas formuler des constats trop généralistes. Le particularisme de chaque agent étant la principale clé de compréhension de la dynamique d'un bureau des entrées.

2.1.3 Avantages et faiblesses de l'organisation actuelle

Afin de pouvoir évaluer la performance de l'organisation du service, il a été nécessaire d'observer les procédures d'admission des patients et de gestion du contentieux, puis de les évaluer.

L'observation du travail de quatre agents dans leurs fonctions a permis de dégager un certaines tendances. Une procédure-type a pu être dégagée pour l'activité d'enregistrement des patients. Elle consiste en la succession des actions suivantes :

- Demande de l'identité du patient (Nom, date de naissance, adresse)
- Demande de la carte vitale, de la carte de complémentaire santé et parfois d'une pièce d'identité
- Question : Est-ce votre première venue à l'hôpital de La Ciotat ?
- Vérification des droits du patient grâce à l'outil CDR
- Vérification de l'identité du médecin traitant
- Enregistrement du patient, avec entrée des codes prise en charge

En comparant cette procédure type avec les attentes décrites par le cadre du service et de la grille, il apparaît qu'elle comporte certaines failles eu égard à l'identité-vigilance et à la vérification des droits. Il apparaît en effet que l'équipe ne pose pas de

questions ouvertes. Par exemple pour demander l'adresse du patient, l'agent lit l'adresse contenue dans le dossier du patient et demande confirmation. La procédure idéale voudrait que ne soient pas posées des questions fermées, afin de réduire les risques de confusion sur l'identité du patient. Il est intéressant d'observer qu'une attention toute particulière est accordée à la vérification du nom marital et du nom patronymique pour les femmes, ainsi qu'au contrôle des éventuels doublons de dossiers. La mise à jour de la carte vitale quant à elle, n'est pas effectuée de manière systématique. Si répéter une telle opération pour chaque patient peut paraître fastidieux, il est nécessaire de s'y atteler, afin de s'assurer de l'actualité des droits indiqués.

La cellule d'identito-vigilance du CH de La Ciotat, dont la dernière réunion s'est déroulée en juillet 2015, a permis à l'AAH en charge des finances et du service gestion clientèle de présenter les chiffres de suivi des erreurs et des corrections réalisées pour l'année 2014 et le début de l'année 2015. Les résultats présentés étaient encourageants. Les erreurs représentaient un pourcentage très faible sur le total des dossiers traités (pourcentage correspondant à une marge d'erreur humaine) et étaient rectifiées efficacement par l'agent en charge des corrections. Il s'agit donc ici d'une activité réalisée de manière satisfaisante.

En ce qui concerne la réalisation de l'activité de contentieux-recouvrement, l'organisation du service permet de faire en sorte que, chaque jour, un agent au minimum soit affecté à ce poste. Selon les jours, deux, voire trois agents y sont affectés. Ceci permet à l'activité d'être réalisée en continu et d'éviter que du retard soit accumulé sur le recouvrement. Les procédures sont bien établies pour les situations-type (par exemple pour un patient dont les droits à la sécurité sociale sont inexistantes ou incertains). Les autres sont à traiter au cas par cas. Une seule alerte a été émise durant mon temps de stage, au cours du mois de juillet. Plusieurs agents étant en congés, l'agent dont le planning indiquait « Back-Office » a plutôt réalisé au cours de deux journées des activités d'accueil et d'enregistrement. La situation a provoqué un empilement des dossiers de contentieux. La situation a été rapidement régularisée toutefois, par l'affectation d'un agent supplémentaire au contentieux pour le reste de la semaine. Dans des conditions normales, l'organisation du Back-office donne satisfaction.

La principale faiblesse de la structuration du service est à aller chercher sur le plan managérial. Les entretiens menés avec les agents ont fait ressortir une problématique au niveau de la communication et de la circulation de l'information au sein de l'équipe, ainsi qu'entre l'équipe et sa hiérarchie. La situation est principalement due à la structuration de l'équipe de direction du CH de La Ciotat. L'absence de directeur en charge des finances

fait endosser à l'AAH en poste la responsabilité du secteur financier. Ceci amène le cadre en charge du bureau des entrées à gérer les finances de l'établissement mais également les finances de l'EHPAD de Cassis, une commune voisine, dont le chef d'établissement du CH de La Ciotat assure la direction. A cet empilement de tâches s'ajoute l'éloignement géographique du cadre à l'échelle de l'établissement. Son bureau se situant au quatrième étage du bâtiment, tandis que le service gestion clientèle se situe logiquement au rez-de-chaussée. Ainsi l'AAH en charge de la gestion clientèle ne peut, malgré ses efforts, être suffisamment présent auprès de l'équipe du bureau des entrées. Il en ressort que la vie du service se fait la plupart du temps sans son cadre. L'exemple illustrant le mieux cette situation est la présence de tableaux d'affichage, où sont épinglées des informations vieilles de...trois ans. De cette situation résulte également une organisation peu flexible, où le contrôle est assez présent. Les agents ont peu de marge de manœuvre dans l'exercice de leurs fonctions, et beaucoup d'entre eux sont installés dans une routine d'exécution, ce qui rend la conduite du changement délicate, en particulier pour le passage en FIDES qui était imminent. L'analyse de cette situation met en évidence la nécessité de l'activation de certains leviers afin d'améliorer la situation managériale au sein du service.

2.2 Comparaisons, Préconisations et suites du passage en FIDES

Le renforcement de l'équipe du bureau des entrées avec l'arrivée d'un adjoint des cadres au 1^{er} juillet 2015 m'a amené à revoir mon positionnement. Après m'être rendu dans un autre établissement afin de compléter mes observations (2.2.1), j'ai formulé mes préconisations auprès de l'attaché d'administration en charge des finances et des admissions ainsi qu'à l'adjoint des cadres nouvellement arrivé, dont la mission était de gérer le passage à FIDES (2.2.2), mission que j'ai pu suivre au cours des dernières semaines de mon stage (2.2.3).

2.2.1 Un exemple de comparaison : le bureau des entrées du CH Edmond Garcin à Aubagne (13)

Mû par la volonté de confronter mes observations à une autre organisation, je me suis rendu au CH de la ville d'Aubagne située à moins de 20 kilomètres de La Ciotat. Cet établissement de 387 lits présente la spécificité d'être passé en FIDES ACE au mois de mars 2015. Les observations réalisées dans cet établissement avaient donc l'occasion d'être assorties de retours d'expérience concernant le passage en FIDES. Coïncidence

non négligeable : l'adjoint des cadres en charge du bureau des entrées du CH d'Aubagne et l'adjoint des cadres attendu au CH de La Ciotat au 1^{er} juillet 2015 se sont révélés être la même personne. Ce hasard des recrutements m'a permis de prendre contact avec cette personne, avec qui j'ai été amené à échanger régulièrement par la suite. Le Centre Hospitalier D'Aubagne est d'une taille presque deux fois plus importante que celui de La Ciotat, il reste toutefois de taille raisonnable, et permet en ce sens de comparer les organisations entre les deux établissements. Certaines différences et points communs méritent d'être relevés.

Le CH d'Aubagne ouvre chaque jour trois guichets de consultations externes et un guichet d'hospitalisations. La principale différence au niveau de l'organisation des postes est la séparation très marquée entre les guichets d'hospitalisation et les guichets de consultations externes. Les agents affectés à l'une de deux spécialités ne touchent jamais à l'autre. Toutefois, chacun gère l'ensemble du processus allant de l'enregistrement au recouvrement pour les dossiers de leur secteur. Cette organisation s'oppose à celle du CH de La Ciotat où la séparation se fait entre les fonctions d'enregistrement et de recouvrement. Ainsi en back-office, quatre postes sont dédiés au suivi des dossiers d'hospitalisation. Par ailleurs, un poste aménagé pour un agent en situation de handicap regroupe les fonctions de relance et de facturation, un agent à en charge la gestion des régies, et un agent est affecté à l'accueil.

Le service est confronté à deux enjeux majeurs : L'intensification continue du phénomène de file d'attente dans le hall de l'établissement et le retour prochain de la fonction d'enregistrement administratif pour les patients venant passer un scanner ou une IRM, actuellement délocalisée au service d'imagerie, mais dont l'exécution pose de vrais problèmes en raison d'un empilement de tâches trop important pour les secrétaires médicales de radiologie. Ces deux situations pourraient être résolues en partie grâce à la réalisation de travaux au niveau du hall et des guichets. Afin d'une part d'aménager un véritable espace d'attente pour les patients venant en consultation externe, et d'autre part de créer un nouveau guichet dans le but de recevoir les patients d'imagerie. Toutefois la situation financière précaire du CH d'Aubagne n'a pas permis la réalisation de ces opérations de travaux. Le service doit donc trouver une solution d'appoint en attendant une éventuelle reconsidération des moyens alloués au service.

Ces deux points constituent les principaux questionnements du service. En effet le passage en FIDES ACE, effectué en mars 2015, semble avoir été idéalement négocié. Le cadre du service a mis en œuvre des réunions de préparation, dans le but d'expliquer aux agents en quoi consiste le projet et comment la mise en œuvre allait se dérouler. La

méthode mise en place a ensuite été de permettre à chaque agent, une fois les premiers rejets FIDES reçus, de retravailler les dossiers sur lesquelles une erreur avait été commise de leur part. Cette forme de traitement des rejets fondée sur la pédagogie et l'autocorrection a donné des résultats prometteurs. Aujourd'hui le CH d'Aubagne peut mettre en avant un taux de rejets FIDES non corrigés très faible (environ 3%).

Le constat selon lequel le passage en FIDES s'est déroulé de façon optimale au CH d'Aubagne est sans doute à coupler avec la présence effective du cadre du service auprès de ses agents et à la mise en place d'un cercle vertueux d'amélioration des pratiques. En ce qui concerne la mise en œuvre de la FIDES, il s'agit d'un exemple à suivre.

2.2.2 Formulation des préconisations à destination du cadre du service gestion clientèle du CH de La Ciotat

Arrivé au terme de mon travail d'analyse, et fort de l'observation d'autres pratiques, j'ai procédé à la formalisation de propositions à l'attention de l'AAH en charge du service gestion clientèle. Compte tenu des situations rencontrées pendant mon temps d'observation, mes préconisations se divisaient en deux axes :

-Relancer une dynamique de communication au sein du service

La principale faiblesse à laquelle le service est confronté est le manque de communication à la fois au sein de l'équipe et entre l'équipe et sa hiérarchie. Lors des entretiens menés auprès de chacun des agents, il ressortait régulièrement l'idée selon laquelle le manque de communication pesait sur la productivité de chacun et la confiance au sein de l'équipe. Un certain nombre d'agents ont émis la proposition d'organiser des briefings et débriefings, dans le but de rappeler les consignes et procédures à respecter, tout en faisant remonter les difficultés auxquelles sont confrontés les agents. Cette proposition constitue une piste intéressante et peu contraignante, en particulier une fois le nouvel adjoint des cadres en poste.

Poursuivant le même objectif, il serait intéressant de donner une seconde jeunesse à trois des quatre tableaux d'affichage disposés dans le service (le quatrième étant utilisé pour afficher les plannings, il est régulièrement mis à jour). Ces tableaux sont des outils qui peuvent être utilisés afin de maintenir le lien entre le service et sa hiérarchie, il serait dommageable de ne pas y avoir recours.

-Capitaliser sur l'organisation actuelle de l'équipe et la faire évoluer pour faciliter le passage en FIDES

L'équipe du service Gestion Clientèle de La Ciotat est assez hétéroclite. Chacun des agents de ce service a son propre parcours et ses propres expériences. Il s'agit pour tirer le meilleur de chacun d'entre eux, et ainsi permettre une plus grande efficacité dans un contexte de FIDES, de se poser trois questions : Celle de la place de la formation continue, celle de la polyvalence et celle de la responsabilisation des agents au sein du service.

-Relancer une dynamique de formation au sein du service

Il est clairement apparu au cours des entretiens menés avec les agents que la question de la formation ne constituait pas fondamentalement une priorité au sein du service. Un grand nombre d'agents avancement le fait qu'ils ont appris « sur le tas », et beaucoup avouent parfois ressentir la peur de ne pas « savoir faire », de se retrouver démunis face à certaines situations. Dans le même temps il apparaît que les formations suivies par les agents hors du cadre réglementaire obligatoire se font assez rares. Il en résulte que seuls deux agents ont suivi au cours des dernières années une formation en rapport avec les nouvelles fonctions des bureaux des entrées. Plus préoccupant, la quasi-totalité des agents ont une idée très approximative de ce qu'est la tarification à l'activité, et a fortiori de ce qu'est le fonctionnement en FIDES. Ces connaissances semblent pourtant incontournables pour tout agent amené à travailler au sein d'un bureau des entrées moderne. Elles lui permettent de prendre conscience de la place qui est la sienne dans la chaîne de facturation au sein de l'hôpital et de l'importance de ses fonctions. Dans le cadre de la préparation au passage en FIDES au CH de La Ciotat, des réunions ont été organisées afin d'informer les agents. Toutefois, elles ne semblent pas avoir eu les effets attendus, et le besoin d'une formation sur le mode de financement des établissements de santé semble toujours très actuel.

Ceci pose la question dans les deux sens, celle de la volonté des agents de suivre une formation, et celle de leur hiérarchie de mettre en œuvre une politique de formation continue. En effet dans l'esprit de certains agents, la formation est vécue comme un préalable à l'exercice de nouvelles tâches qui leur seront imposées. Un élargissement des compétences peut faire naître certaines craintes chez les agents, amenant ceux-ci à se focaliser sur leurs tâches actuelles et à refuser de se former. Ceci peut toutefois amener l'agent, on l'a vu, à tomber dans une routine de déresponsabilisation qui lui est défavorable sur le plan professionnel.

Dans le cadre du CH de La Ciotat, la situation n'est pas si arrêtée. Certains agents sont en effet en demande de formations, en particulier dans les domaines de la gestion du public et du stress. Il s'agit non seulement de répondre à ces demandes mais également d'y ajouter les formations dont les agents ont besoin, sans forcément en avoir conscience, par exemple concernant la facturation ou la gestion du contentieux, afin de réduire les risques d'erreurs. Il appartient ainsi au cadre de s'impliquer afin de permettre le développement des compétences de ses agents. Dans la situation du CH de La Ciotat, l'arrivée du nouvel adjoint constitue là-encore une opportunité d'apporter, à travers une nouvelle personnalité et un nouveau mode de fonctionnement, un renouvellement de la perception par les agents de leurs fonctions et de relancer un planning de formation.

-Rapprocher les fonctions de front et de back-office

La distinction entre front-office et back-office est progressivement apparue au sein du service à partir du moment où il a fallu assumer des fonctions de recouvrement en plus de celles d'accueil et d'enregistrement du patient. La nécessité de proposer une permanence dans l'accueil durant les horaires d'ouverture a amené son organisation à évoluer, en divisant l'attribution des tâches d'accueil d'une part et de gestion du contentieux de recouvrement d'autre part. Cette séparation a toutefois eu des conséquences managériales inattendues, en opérant une scission franche entre les agents effectuant seulement l'accueil administratif et ceux en charge du back-office. Le contraste entre les tâches de chacun est de nature à creuser un fossé entre les agents, dans les cas où l'organisation du service n'a pas prévu d'intégrer la polyvalence. Les agents qui ne connaissent pas les fonctions de leurs collègues sont moins enclins à s'inscrire dans une démarche de coopération, alors que tous sont les maillons de la même chaîne.

La réduction de la « barrière invisible » qui existe entre les agents exerçant des fonctions différentes est une question difficile à appréhender. En effet il existe autant de situations que d'organisations. Chaque service a sa propre façon d'envisager la répartition des compétences et des fonctions, compte tenu de la taille de l'établissement, de la nature de sa patientèle ou même de l'architecture des locaux. Toutefois, la stratégie à mettre en œuvre est, de manière générale, l'introduction de la polyvalence des agents selon des modalités variables qui dépendent de l'organisation retenue. La notion de polyvalence amène des développements plus conséquents qui seront abordés ci-dessous. Il convient toutefois de souligner que l'installation de la polyvalence, selon un degré qui dépend de chaque situation, ne peut que permettre une mise en perspective

des relations entre les agents, et permettre l'introduction d'une nouvelle approche du fonctionnement des services.

-Envisager la polyvalence des agents comme un processus au déroulement progressif

Ces questions amènent logiquement celle de la polyvalence au sein de l'organisation du service Gestion Clientèle du CH de La Ciotat. Cette notion était au cœur de mes échanges avec l'Attachée d'Administration en charge du service, et constituait selon elle un enjeu délicat à traiter. En m'intéressant à cette idée, j'ai été surpris de découvrir que chacun en avait sa propre acceptation, et plaçait derrière ce concept des idées différentes. Un travail de définition a donc été nécessaire en préalable à la formulation de préconisations quant à ce concept.

Régulièrement décrite comme l'un des leviers majeurs de l'amélioration de la performance, la polyvalence des agents est aujourd'hui au centre des débats sur l'organisation du service gestion clientèle à l'hôpital. En effet, de par la variété des tâches effectuées par le service (Standard, accueil et enregistrement administratif du patient, facturation, corrections, traitement contentieux...), la polyvalence des agents est susceptible d'amener une plus grande flexibilité dans la gestion du personnel et des tâches quotidiennes. Au sein d'une équipe polyvalente, les agents sont d'une part plus à même de s'épauler lorsque l'un d'entre eux rencontre des difficultés et d'autre part, plus enclins à se remplacer lorsque l'un d'eux souhaite prendre une pause ou est absent. Les bénéfices de cette situation s'expriment également durant les périodes traditionnelles de congés (la période estivale étant particulièrement visée), durant lesquelles plusieurs agents peuvent ne pas occuper leur poste. Une équipe polyvalente permet au manager de redéployer avec plus d'aisance les agents restants, ceux-ci pouvant supporter tour à tour les différentes tâches dont s'acquittent habituellement les agents ayant pris leurs congés. Au sein d'un service gestion clientèle hospitalier, la polyvalence se traduit par la capacité d'un agent à travailler aussi bien en front qu'en back-office, aux admissions comme au contentieux, à l'enregistrement comme à la facturation.

La polyvalence n'est cependant pas exempte de toute critique. Le professeur Christophe Everaere³⁴ souligne par exemple que, bien que perçue par les spécialistes du travail comme un moyen de s'éloigner du Taylorisme en ce qu'elle fonctionne à l'inverse de la logique de parcellisation des tâches, la polyvalence peut, au contraire, être ressentie par les salariés comme une philosophie déshumanisante, en ce qu'elle a vocation à faire

³⁴ Christophe EVERAERE : "La polyvalence et ses contradictions", Revue Française de Gestion Industrielle, vol 27, n° 4, décembre 2008

d'eux des travailleurs interchangeables et facilement remplaçables. La mise en œuvre d'une politique de polyvalence des agents peut également être source de stress et d'incompréhension pour des agents, le plus souvent peu qualifiés et craignant de ne pas être performants, de perdre en efficacité, en travaillant sur un poste autre que celui qu'ils ont l'habitude d'occuper.

Au sein de l'organisation du CH de La Ciotat, on peut être tenté de dire que certains agents sont polyvalents et que d'autres ne le sont pas. En effet certains ne gèrent que le volet admissions tandis que d'autres sont capables d'assurer également les tâches de back-office. Lors de mes échanges avec l'ex-cadre du service des admissions de l'hôpital d'Aubagne, désormais cadre du service Gestion Clientèle de La Ciotat, j'ai néanmoins pu constater qu'elle considérait que les agents de La Ciotat étaient plus polyvalents que ceux d'Aubagne, en ce qu'ils pouvaient à la fois gérer les hospitalisations et les consultations externes, et qu'une telle capacité était plus à même de favoriser un fonctionnement fluide du service. Ainsi il ne s'agit donc pas de présenter une idée a priori de ce qu'est la polyvalence, mais bel et bien d'envisager le concept en fonction du but recherché, qui est en l'occurrence le bon fonctionnement du service. Qu'en est-il de l'organisation du service de La Ciotat, lorsqu'on l'observe à travers ce prisme ?

. Nous avons pu constater que le fonctionnement du service était globalement satisfaisant. Les agents polyvalents du back-office remplacent les agents d'accueil et d'enregistrement lors des pauses et prennent l'un des deux guichets en début de matinée, alors que l'agent qui fera la fermeture n'est pas encore arrivé. Cette organisation permet une couverture permanente des guichets de 7h45 à 17h30 avec toujours au moins un agent présent. La continuité du service est assurée avec l'organisation actuelle. Par ailleurs le travail à fournir dans le domaine contentieux est actuellement absorbé sans véritable difficulté par les agents qui en sont responsables. Aussi, même si un agent polyvalent supplémentaire offre toujours des possibilités supplémentaires à son service, il n'apparaît pas de besoin urgent d'agents polyvalents supplémentaires, du moins en l'état actuel des contraintes du service.

Cette absence réelle de besoin se couple avec la position négative de certains agents quant à la polyvalence. Il serait d'autant plus incompréhensible pour eux d'être confrontés à une généralisation de celle-ci alors qu'il n'existe pas de besoin urgent. La mise en œuvre d'une telle mesure risque des générer un certain nombre de tensions pour peu d'avantages. Rien n'empêche cependant de proposer une formation aux agents qui sont en demande de valorisation de leurs compétences. Par ailleurs, il apparait opportun d'envisager, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, de former à la polyvalence les futurs

agents dès leur entrée en poste. Si la polyvalence s'impose à un moment donné comme une nécessité, il sera nécessaire de cibler les agents les plus réceptifs et de s'armer de pédagogie. De façon plus globale, il semble pertinent de considérer le développement de la polyvalence au sein du service comme un processus au déroulement progressif, qui ne pourra qu'apporter à l'organisation du service, mais dont la mise en œuvre n'est pas une nécessité absolue et immédiate.

2.2.3 Suites de l'arrivée du nouvel adjoint des cadres et du passage en FIDES

L'arrivée du nouvel adjoint des cadres au 1^{er} juillet 2015 était très attendue par l'ensemble des acteurs de l'établissement. Elle constituait en effet, en plus d'une nouveauté, une opportunité de repenser le service afin de lui donner toutes les chances d'exécuter au mieux ses fonctions.

Dès son arrivée, et suite à nos échanges, le nouveau cadre a pris ses fonctions en main, et a installé une certaine proximité avec les agents. Dans les jours ayant suivi son arrivée, une réunion a été organisée avec l'ensemble des agents du service, destinée à le présenter et à préciser de nouveau les objectifs poursuivis dans le contexte du passage en FIDES. Durant les deux semaines suivantes, plusieurs petites réunions d'information ont été organisés sur des points techniques, par exemple sur la question du codage de la prise en charge des séjours par les agents chargés des admissions.

Les premiers retours de FIDES sont intervenus deux semaines après les premiers envois. Il est apparu que le taux de rejet était légèrement supérieur à celui enregistré lors des derniers tests préalables au passage en facturation individuelle. La méthode de traitement des rejets mise en œuvre a été la même que celle utilisée au CH d'Aubagne : Chaque agent s'est vu confier les dossiers rejetés dont il avait réalisé la création ou la mise à jour. Les résultats ont été assez probants, chacun ayant effectué ses corrections dans la semaine. Cette méthode permet de responsabiliser l'agent en lui permettant de réparer lui-même les erreurs commises, mais contribue également à renforcer les compétences de celui-ci, en lui permettant de mieux comprendre la ou les raisons du rejet qu'il doit traiter, ce qui l'amènera, à l'avenir, à être plus attentif sur les points qui ont déjà fait l'objet de corrections.

Ce plan d'action a porté ses fruits au CH d'Aubagne, où le passage en FIDES ne pose aujourd'hui que des questions résiduelles (Caisses injoignables, messages d'erreur non identifiés par la caisse référente...). Les premiers résultats concernant le service des admissions du CH de La Ciotat permettaient de se montrer optimistes quant au succès de la transition. Reste encore à envisager la question des retards de codage qui pourraient

intervenir, non seulement pour le volet hospitalisations, mais aussi pour les consultations externes. Ceux-ci conditionnent la complétude des informations envoyées à l'assurance maladie et constituent l'autre maillon de la chaîne qui se doit d'être fiabilisé dans un contexte de facturation directe. Il s'agit là toutefois d'un enjeu qui sort du prisme des bureaux des entrées, et qui appelle de ce fait une analyse différente.

Conclusion

Au vu de l'ensemble des évolutions qui ont été survolées ici, il est plus aisé de comprendre le constat d'Antoine Georges-Picon, selon lequel la principale conséquence de l'évolution du financement des établissements publics de santé est « sans nul doute une transformation profonde des savoir-faire des agents du bureau des entrées. » Cette transformation les fait selon lui « évoluer vers une fonction d'accueil dans toutes ses dimensions et pas seulement administratives. » Il souligne également qu'« une autre partie des effectifs [...] va devoir se spécialiser dans la gestion des situations complexes.³⁵ »

Le Centre Hospitalier de La Ciotat, de par le contexte dans lequel il s'inscrit, les contraintes auxquelles il est soumis, son organisation et ses spécificités, s'est trouvé confronté à une grande partie des questionnements relatifs au passage en FIDES et a dû trouver des réponses et les mettre en œuvre. Il a constitué en cela un formidable terrain d'observation. Les préconisations nationales trouvent bien souvent écho au sein du service gestion clientèle de La Ciotat et permettent ainsi de formaliser une réflexion efficace, tenant compte de ses particularités. Le travail d'immersion, d'analyse et de préconisation effectué a permis de distinguer plusieurs grands axes qui, une fois rassemblés, forment un reflet fidèle des enjeux qui touchent les bureaux des entrées, tout particulièrement lorsqu'il est soumis au changement, comme c'est le cas dans l'optique du passage en FIDES :

L'évolution des bureaux des entrées et du profil type de l'agent de ce service

Il ne fait plus aucun doute que le bureau des entrées a, en l'espace d'une dizaine d'années, mué en une entité plus qualifiée, plus gourmande en ressources et plus importante au sein de l'hôpital. Plus qualifiée car les tâches qui étaient celles des services d'admissions à l'orée du XXI^{ème} siècle sont sans commune mesure avec celles d'un bureau des entrées en 2015, tant de par leur nature (Recouvrement des créances, correction et fusion des dossiers, gestion des rejets FIDES...) que par leur poids. La technicité et la complexité des tâches s'est également accrue, entraînant un recours désormais constant à l'outil informatique et aux logiciels dédiés. L'outil informatique est de ce fait devenu omniprésent, car éminemment nécessaire. Le taux d'informatisation est nécessairement d'un poste par agent, ce qui peut faire du service des admissions le service le plus gourmand en termes d'équipement selon les établissements. Enfin le

³⁵ Antoine GEORGES-PICOT, « Les habits neufs du bureau des entrées » op.cit.

bureau des entrées est à présent la porte d'entrée vers la chaîne de facturation, l'un des maillons de la chaîne, en étroite communication à la fois avec les services de soins, le DIM et les services financiers.

Ce nouveau statut touche en premier lieu l'agent de ce service, dont le profil type a été amené à largement se renouveler. Le développement des consultations externes au sein des établissements publics de santé a amené les équipes à prendre en compte l'enregistrement des patients concernés par ces soins ambulatoires. Cela a conduit au développement de plusieurs modèles d'organisation : L'un ayant recours à des agents pouvant effectuer l'enregistrement tant des patients hospitalisés que des patients admis en consultations externes, l'autre divisant les équipes entre hospitalisations et consultations externes. Dans les deux cas toutefois, les agents sont devenus polyvalents. Dans le premier modèle, ils sont en charge soit de l'ensemble des admissions, soit de l'ensemble des tâches de back-office. Dans le second, ils sont chargés soit des hospitalisations, soit des consultations externes, mais gèrent alors chaque étape des dossiers qu'ils ont à traiter, de la création jusqu'au recouvrement. L'agent du bureau des entrées a développé bon gré mal gré des compétences nouvelles, qu'il est nécessaire d'entretenir, par exemple à l'aide de l'outil de la formation continue. Tout ceci cependant ne doit pas éclipser le fait que les fonctions historiques du bureau des entrées se maintiennent. L'accueil du client, et le contact privilégié que celui-ci entretient avec le service, doit, aujourd'hui encore, faire l'objet de toutes les attentions.

La place désormais prépondérante de la technique managériale

La conduite du changement n'est plus un exercice sortant de l'ordinaire pour les cadres en charge des bureaux des entrées. Les évolutions successives que connaissent ces services amènent à reconsidérer le rôle du manager, qui doit, plus que jamais, faire preuve d'anticipation. Ce renouveau du management dans les établissements publics de santé se retrouve dans l'ensemble des services, mais il convient de rappeler qu'une bonne technique managériale a permis au Centre Hospitalier d'Aubagne de réussir son passage en FIDES, et que cette même technique donne au Centre Hospitalier de La Ciotat de bons espoirs de rencontrer le même succès.

Afin de permettre l'inclusion progressive de la nouveauté au sein des services d'admissions, un service qui n'a pas été historiquement construit dans la culture de l'évolution, il est nécessaire pour les cadres d'être conscients de l'importance de leur rôle de manager. La connaissance d'un ensemble de techniques leur permet de préparer et d'accompagner au mieux les changements, se reposant sur des piliers tels que la clarté

de la communication, la progressivité du processus, et le positionnement en tant que soutien pour les agents. La présence et l'attitude du cadre jouent désormais un rôle capital pour la bonne marche des services d'admissions, ce qui n'était pas forcément acquis quelques années en arrière.

L'acceptation du changement de statut de ces services par l'ensemble des acteurs

Malgré les évolutions traversées et tous les efforts consentis, les services d'admissions trainent encore leur image d'antan. Une image déconsidérée et dépassée. La transition est désormais achevée, avec la généralisation du passage en FIDES ACE dans les établissements de santé, et la situation ne pourra que s'approfondir avec le passage futur en FIDES Hospitalisations. La dernière étape de l'évolution des bureaux des entrées ne sera pleinement atteinte que lorsque ces services se seront dotés de moyens à la hauteur des attentes qu'ils nourrissent et que leur importance aura été reconnue par l'ensemble des acteurs à l'œuvre dans les établissements de santé. Les services d'admissions ne sont toutefois pas seuls dans cette situation, la reconnaissance restant un combat à mener pour de nombreux métiers au sein des hôpitaux.

Le Centre Hospitalier de La Ciotat se trouve au cœur d'un processus d'évolution qui est en passe de se concrétiser. La présence à la fois d'agents jeunes, formés dans un contexte où la polyvalence est la norme, et d'agents plus anciens qui ont eu à affronter, parfois à subir, les transformations de leur service, et dont les compétences se doivent d'évoluer, donne à son service gestion clientèle un parfum de « work in progress » où il est nécessaire de jouer sur tous les plans afin de faire en sorte que le voyage se termine sans encombre. Ce service est probablement assez représentatif d'un certain nombre de situations dans lesquelles se trouvent des établissements dont la taille est inférieure à 350 lits et places, et démontre qu'il est possible, pour un organe où le contexte peut apparaître difficile lorsque l'on manque de recul par rapport à sa situation, de mener à bien, à son niveau, une réforme d'envergure telle que le passage en FIDES. Sur le long terme, les effets de cette nouvelle logique de facturation sont encore mal connus, et nul ne sait vraiment ce que l'extension de la FIDES aux hospitalisations pourra faire craindre aux établissements publics de santé. Il en ressort toutefois que la transition est en marche, et que, petit à petit, les bureaux des entrées font leurs armes dans ce nouvel environnement qu'ils doivent désormais maîtriser.

Bibliographie

OUVRAGES

-Olivier WERY, « La facturation des soins hospitaliers », Infodium, 2014, 218p

-Gérard-Dominique CARTON et Diane BARRIERE-DESSEIGNE, « *Éloge du changement, Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* », Village Mondial, 2004, 253p

-David AUTISSIER, Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ et Alain VAS, « *Conduite du changement : Concept clés* », Dunod, 2010, 232p

TEXTES LÉGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 83-25, dite Bérégoz, du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,

Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Circulaire N°DHOS/E3/2009/291 du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé

RAPPORTS ET GUIDES

DGOS, « Fiche pratique 1 : Exemple de mise en œuvre de l'identité-vigilance au sein d'un établissement de santé », Programme Hôpital Numérique – Boîte à outils pour l'atteinte des prérequis, Octobre 2012, 7p

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES, INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale », 2008

GROUPEMENT POUR LA MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER, « État des réformes du financement et de l'assurance maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé » 2008, 84p

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, UNCAM, « Guide de préparation des établissements de santé au passage en FIDES »

MÉMOIRES

Gaëtan ASSIÉ, « Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) », Mémoire EHESP, 2014

Anaïs AUCLERT, « L'Optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre », Mémoire EHESP, 2012

Magali NOHARET, « Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement », Mémoire EHESP, 2008

Lise GUIBERT, « Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A », Mémoire ENSP, 2006

David MALLET, « *Des bureaux des entrées à l'espace gestion clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction traditionnelle au CHU de Rouen* » Mémoire ENSP, 2003

ARTICLES DE PÉRIODIQUES

Antoine GEORGES-PICOT, « *Les habits neufs du bureau des entrées* », Finances Hospitalières, N°87, Janvier 2015, pp 8-10

Jean-Marie CLÉMENT, « Du financement à la journée au paiement à l'acte », Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, N°166, Mars 2014, Encart, 8p

Jonathan BELCASTRO, Didier CARLIER, « La facturation individuelle des établissements de santé : Révolution ou aboutissement de la T2A ? » Gestions Hospitalière, n°533, Février 2014, pp81-85

Gregg-Ivan BOUMAL, « De la T2A à la facturation au fil de l'eau », Décision Santé, n°267, Août-Septembre 2010, pp 24,25

Christophe EVERAERE : "La polyvalence et ses contradictions", Revue Française de Gestion Industrielle, vol 27, n° 4, décembre 2008

Pascale TICOS, Guillain VANDAELE, « *Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle : Piloter le changement pour valoriser le front office client* », Gestions Hospitalières, n°438, Août/Septembre 2004 pp517-523

SITES INTERNET

Santé.gouv.fr

Hopital.fr

Liste des annexes

Annexe 1 - Grille utilisée pour les entretiens réalisés avec les agents du service gestion clientèle du CH de La Ciotat

Annexe 2 - Grille utilisée pour les entretiens réalisés avec les agents du standard du CH de La Ciotat

Annexe 3 - Grille d'Audit – Recueil de l'identité du patient, éditée par le GRIVES PACA

1 – Présentation et fonctions de l'agent

- 1.1 Pouvez-vous retracer en quelques mots votre parcours scolaire et/ou professionnel ?
Depuis combien de temps travaillez-vous au CH de La Ciotat ?
- 1.2 Quelles sont vos fonctions au sein du service gestion clientèle ?
- 1.3 Avec quelles personnes travaillez-vous ? (agents du service gestion clientèle ou non, Fonctions)

2 – Perception du métier et de son évolution par l'agent

- 2.1 Quelle vision avez-vous de vos fonctions ?
Quelles sont les compétences et qualités nécessaires dans votre travail ?
- 2.2 Avez-vous le sentiment que vos fonctions ont évolué au fil du temps ?
Si oui, de quelle façon (Augmentation de la charge de travail, de la complexité des tâches) ?
- 2.3 Quelles sont les contraintes auxquelles vous devez faire face au quotidien ?
Avez-vous le sentiment que leur nombre augmente ?
- 2.4 Que savez-vous de la Tarification à l'Activité (ou T2A), et de la FIDES ?
- 2.5 Quelles sont les dernières formations que vous avez suivies ?

3– Perception du service et de son fonctionnement par l'agent

- 3.1 Vos conditions de travail vous semblent-elles satisfaisantes ?
Quels seraient selon vous les points à améliorer ?
- 3.2 Que pensez-vous de la notion de polyvalence des agents au bureau des entrées ?
- 3.3 Le service va accueillir des changements avec la mise en place de la FIDES en juillet.
Comment sont-ils préparés au sein du service ? Comment les envisagez-vous ?

Annexe 2 - Grille utilisée pour les entretiens réalisés avec les agents du standard du CH de La Ciotat

1. Pouvez-vous retracer en quelques mots votre parcours scolaire et/ou professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CH de La Ciotat ?
2. Quelles sont les compétences et qualités nécessaires dans votre travail
3. Quelles sont les contraintes auxquelles vous devez faire face au quotidien ?
4. Comment se passe l'enregistrement des données des patients quand on est au standard ?
5. Que savez-vous de la Tarification à l'Activité (ou T2A), et de la FIDES ?
6. Quelles sont les dernières formations que vous avez suivies ?
7. Vos conditions de travail vous semblent-elles satisfaisantes ?
Quels seraient selon vous les points à améliorer ?
8. Que pensez-vous de la polyvalence au bureau des entrées ?



Grille d'audit - Recueil de l'identité au bureau des entrées

Eléments d'identitovigilance

La pièce d'identité est demandée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Présentation de la pièce d'identité :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Refus <input type="checkbox"/>
Si oui, type de pièce d'identité présentée :	Carte d'identité <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Demande de décliner l'identité : <i>(la vérification du sexe du patient peut être faite par observation du patient, ou sur la pièce d'identité)</i>	Nom de naissance <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Sexe du patient M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nom d'usage (« marital ») <input type="checkbox"/>	Prénom <input type="checkbox"/>
Les formalités sont-elles effectuées par une tierce personne ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Le patient est recherché dans le SIH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Critères utilisés pour la recherche	<i>(Précisez l'ordre de saisie dans le champ : indiquer 1, 2 ou 3 dans la case ordre de saisie) (cocher NA si la procédure de l'établissement n'inclut pas ce critère de recherche)</i>		
• Date de naissance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
• 3 Premières lettres du nom de naissance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
• 3 Premières lettres du prénom	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Suspicion de doublon :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si doublon suspecté, signalement du doublon à la cellule opérationnelle d'identitovigilance :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Autres éléments administratifs

Les éléments de prise en charge sont demandés : <i>(si l'agent ne demande aucun document, ne rien cocher)</i>	Carte vitale : <input type="checkbox"/>	Carte mutuelle <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>
Vérification des couvertures sociales du patient et mise à jour éventuelle : <i>(Cocher NA si le patient ne présente pas de document de prise en charge).</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'agent d'accueil demande l'adresse du patient	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Avec justificatif de domicile <i>(cocher NA si la demande de justificatif de domicile n'est pas prévue dans l'établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'agent d'accueil demande le numéro de téléphone du patient :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

La saisie dans le SIH

Les données obligatoires sont saisies :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si non, quelle donnée n'est pas saisie :	Nom de naissance <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Lieu de naissance <input type="checkbox"/>	Nom d'usage (« marital ») <input type="checkbox"/>	Prénom <input type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/>

GRIVES GRIVES GRIVES GRIVES

Les règles de saisie sont respectées : <i>(Pas de caractères spéciaux, pas de ponctuation, pas de tirets, pas d'apostrophe, pas d'abréviation) :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si NON, quelle(s) règle(s) ne sont pas respectée(s) :	Caractères spéciaux <input type="checkbox"/> Apostrophes <input type="checkbox"/>	Ponctuations <input type="checkbox"/> Abréviations <input type="checkbox"/>	Tirets <input type="checkbox"/>
Identité tronquée lors de la saisie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Vérification de la concordance entre la pièce d'identité, les données présentes dans le SIH et si elle existe la carte d'identification patient de l'ES :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si oui, concordance exacte :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si le patient ne présente pas de documents d'identité, il est enregistré en identité provisoire dans le SIH : <i>(Cocher NA si non autorisé par le logiciel ou non prévue dans la procédure de l'ES)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si le patient est hospitalisé, les pièces demandées sont scannées ou photocopiées: <i>(Cocher NA si cette pratique n'est pas en vigueur dans votre établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si des documents sont manquants, l'agent d'accueil explique la procédure au patient pour régulariser son dossier: <i>(Cocher NA si cette pratique n'est pas en vigueur dans votre établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>

DÉSILETS

Clément

Décembre 2015

ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Promotion 2015

Préparation et accompagnement du passage à la Facturation Individuelle des Établissements de Santé au service Gestion Clientèle

L'Exemple du Centre Hospitalier de La Ciotat (13)

Résumé :

Le contexte de financement des établissements publics de santé a profondément évolué au cours des dernières décennies. De la Dotation Globale de Financement à l'actuelle généralisation de la Facturation individuelle des établissements de santé, l'Hôpital public a été amené à repenser en profondeur son fonctionnement. Cette réorganisation globale a particulièrement impacté les services d'admissions. Les bureaux des entrées ont en effet subi de très nombreuses évolutions au fil des approfondissements de la logique de tarification à l'activité.

A travers l'étude de la situation du service gestion clientèle du Centre Hospitalier de La Ciotat (13) dans le contexte du passage en FIDES ACE de l'établissement, le présent mémoire a pour objet de retracer de manière synthétique les évolutions du mode de financement des établissements de santé et de soulever les enjeux associés. Ce travail, assorti de l'analyse de la situation concrète d'un service en pleine évolution, a vocation à apporter un éclairage sur ce qu'est la FIDES, et les questions que sa généralisation soulève au sein d'un établissement de taille modeste.

Mots clés :

Financement des établissements de santé, T2A, FIDES, Bureau des entrées, Organisation, Management

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.