



EHESP

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Préparer FIDES-Séjours :
une opportunité managériale.
L'exemple du CH d'Avignon.**

Wilfried GUIOL

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier l'hôpital public. La richesse des rencontres que j'ai pu y faire, et son système de promotion interne, m'ont permis d'accéder à une évolution professionnelle et personnelle, par-delà certains déterminismes.

En second lieu, je remercie toutes les personnes et les équipes qui m'ont permis de parvenir à réaliser ce travail, en particulier :

- ❖ Madame Christelle ROUTELOUS, enseignant-chercheur à l'institut du management de l'EHESP ;

- ❖ Monsieur Michel NAKHLA, professeur-chercheur à Mines-ParisTech ;

- ❖ Madame Cécile POLITO, adjointe au directeur du CH d'Avignon, DAF et maître de stage ;

- ❖ Madame Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD, DAF des CH de Saint-Malo, Dinan et Cancale ;

- ❖ Madame Pascale BRUN, AAH du service gestion administrative des patients du CH d'Avignon.

pour la qualité de leur accompagnement et des échanges que nous avons eu, leur disponibilité, et pour le plaisir éprouvé lors de nos collaborations.

Sommaire

Introduction	1
1 FIDES-Séjours : un aboutissement des différentes réformes du financement des établissements de santé	4
1.1 La DGF : des dépenses de santé plus encadrées et des impacts sur la gestion hospitalière contrastés	4
1.1.1 Une dotation pour encadrer le budget des établissements et l'évolution des dépenses de santé	4
1.1.2 Des avantages en termes de stabilité des recettes et des inconvénients liés à son caractère limitatif	6
1.2 La T2A : des ressources corrélées à l'activité mais des effets de bord à atténuer	7
1.2.1 Une rémunération en partie indexée sur l'activité des établissements	7
1.2.2 Un mode de rémunération progressivement désindexé des coûts réels	9
1.3 L'EPRD pour une situation financière plus transparente.....	12
1.3.1 Un EPRD complémentaire à la T2A pour renforcer la transparence comptable et rectifier certains effets de bord du système antérieur	12
1.3.2 Les relations entre FRN, BFR et trésorerie	15
1.4 FIDES : optimiser le BFR en contribuant à la gestion du risque de l'assurance maladie.....	16
1.4.1 Des contrôles sur la facturation des établissements renforcés.....	16
1.4.2 Des bénéfiques estompés à l'épreuve de la complexité hospitalière	18
1.5 FIDES-Séjours : un périmètre d'application au poids financier majeur et un processus de facturation à redéfinir en lien avec le DIM	20
1.5.1 La facturation des séjours : un périmètre d'application hautement stratégique	20
1.5.2 Régularité, exhaustivité et qualité de facturation : trois leviers à maîtriser en collaboration avec le DIM pour sécuriser la trésorerie	21
1.6 Covid-19 : entre T2A et DGF, quel financement pour demain ?	24

2 Etat des lieux du processus de facturation des hospitalisés et propositions d'amélioration..... 27

2.1	Etat des lieux : un audit nécessaire pour objectiver la situation	27
2.1.1	Les résultats des tests de facturation FIDES-Séjours réalisés au CHA.....	27
2.1.2	La mission : identifier les leviers d'optimisation de la chaîne AFR des hospitalisés	28
2.1.3	Etude des organisations : une approche systémique privilégiée	29
2.2	L'identification des pistes d'amélioration de la chaîne AFR au regard du projet FIDES-Séjours.....	30
2.2.1	Réalisation des entretiens : un fonctionnement global satisfaisant mais une fonction de pilotage à clarifier	30
2.2.2	Conception des outils d'audit : un processus facturation modélisé, des points critiques identifiés avec le rapport de certification des comptes et l'AAH	31
2.2.3	L'audit des équipes : des grilles renseignées au cours d'entretiens individuels et des niveaux de compétences hétérogènes.....	32
2.2.4	L'audit des outils de pilotage : un contrôle interne à renforcer.....	34
2.2.5	Des préconisations hiérarchisées pour une feuille de route spécifique à chaque secteur	34
2.3	Les équipes des bureaux des entrées : un historique parfois difficile et un management spécifique.....	36
2.3.1	L'image des bureaux des entrées peu valorisée : conséquence d'un système de financement globalisé.....	36
2.3.2	A partir de la T2A, de nouveaux besoins en termes de compétences.....	37
2.3.3	La formation initiale et continue : un point de fragilité	39
2.4	Les caractéristiques de l'équipe du bureau des entrées du CH d'Avignon.....	41
2.4.1	Des équipes plus âgées, plus féminines, exerçant davantage à temps partiel que la moyenne de la FPH.....	41
2.4.2	Une part significative de recrutements en interne, des profils divers, plus de la moitié de l'équipe renouvelée depuis 2010	42
2.4.3	Des agents recrutés en moyenne à 29 ans, un avancement tardif, des profils de compétences hétérogènes et indépendants de l'ancienneté	43

2.5	Une répartition des tâches à redéfinir et des savoir-faire à harmoniser au sein des secteurs	46
2.5.1	Des tâches à redéployer des cadres vers les équipes en constituant un groupe d'agents experts pour assurer l'interface avec le DIM	46
2.5.2	Une cartographie des tâches formalisée	47
2.5.3	Outre la réorganisation des tâches, un travail à mener pour homogénéiser les savoir-faire	49
2.5.4	Une stratégie basée sur le recensement de tâches auprès des opérationnels, l'autoévaluation, et la mise en œuvre priorisée d'un plan de formation ciblé	50
	Conclusion.....	54
	Bibliographie	56
	Liste des annexes	59

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
ACE	Actes et consultations externes
AFR	Admission facturation recouvrement
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAF	Capacité d'autofinancement
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDRi	Consultation des droits intégrée
CHA	Centre hospitalier d'Avignon
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
DAF	Directrice des finances
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DMI	Dispositif médical implantable
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
FRN	Fonds de roulement net
GHS	Groupe homogène de séjours
HAD	Hospitalisation à domicile
IGF	Inspection générale des finances
INS	Identifiant national santé
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IUD	Identifiant unique des dispositifs
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information

ROC	Remboursement des organismes complémentaires
RSS	Résumé standardisé de séjour
RUM	Résumé d'unité médicale
SGAP	Service de gestion administrative du patient
SIH	Système d'information hospitalier
SSR	Soins de suite et réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
TSH	Technicien supérieur hospitalier

Introduction

En quelques années, le travail des bureaux des entrées (BE), a été soumis à de profondes transformations. Depuis la mise en place de la T2A, un mouvement continu de complexification des règles de facturation et le développement des outils numériques a fortement technicisé ces métiers en moins de 10 ans. La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) procède de ce mouvement d'évolution des chaînes de facturation, et l'a même amplifié. De ce fait, elle a induit une véritable rupture managériale par rapport au régime en vigueur durant de nombreuses années dans ce secteur, souvent peu considéré.

Le sujet facturation directe est encore trop souvent un sujet confiné dans l'espace des services financiers et informatiques (la télétransmission) et des services d'admission et de facturation. Ces derniers doivent passer d'une fonction relativement négligée depuis la dotation globale à celle de nœud essentiel de la chaîne des recettes.¹

L'origine de FIDES se trouve dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004. Cette dernière a mis en œuvre la tarification à l'activité (T2A), et a affirmé le principe de facturation directe à l'assurance maladie obligatoire, pour les établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif. La mise en place de FIDES est donc corrélée à celle de la T2A.

Mais la facturation directe est seulement un des multiples aspects d'un programme bien plus global de numérisation des chaînes de facturation des établissements de santé : le programme SIMPHONIE. Ce dernier a été déployé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2013 pour sécuriser le recouvrement des recettes, digitaliser l'ensemble du circuit de facturation et standardiser les pratiques. A ce titre, il se compose de différents projets dont :

- La consultation des droits intégrée (CDRi) qui automatise l'import des droits d'assurance maladie obligatoire dans les logiciels de gestion administrative de malades ;
- Le remboursement des organismes complémentaires (ROC) qui dématérialise la facturation envers les mutuelles ;
- FIDES qui vise à pouvoir adresser des factures dématérialisées pour la part obligatoire, directement à l'assurance maladie.

¹ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008, p.33

Les modifications profondes induites par FIDES portent en premier lieu sur le circuit de facturation. Dans le système mis en place suite à l'introduction de la T2A, les établissements déclarent leur activité en déposant des données anonymisées sur une plateforme pilotée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Cette dernière effectue certains contrôles de cohérence, puis propose un montant global de valorisation à l'ARS. Les établissements sont rémunérés par l'assurance maladie sur la base d'un arrêté de versement pris par l'ARS.

Avec FIDES, les factures ne sont plus ni globalisées, ni anonymisées. Elles sont individualisées par patient et par épisode de soins. Elles ne sont plus adressées à une plateforme, mais directement à une caisse pivot d'assurance maladie² par des flux dématérialisés. La caisse pivot est ensuite chargée de rerouter les factures vers les caisses gestionnaires des différents régimes (général, agricole...).

Du fait de cette modification de circuit, le niveau de contrôle par l'assurance maladie sur la facturation devient beaucoup plus sensible. En effet, la réception des factures par la caisse pivot permet de croiser les informations adressées par l'établissement avec celles contenues dans les bases de données de l'assurance maladie. En cas de discordance, la facture est rejetée. Le risque financier pour les établissements est donc plus important. Les établissements sont ainsi amenés à réorganiser leur processus de facturation pour l'optimiser et améliorer la qualité des données.

Outre les réorganisations induites par cette réforme de la facturation hospitalière, il convient de prendre en considération également son déploiement progressif. FIDES a été mis en place dans certains établissements pour les actes et les consultations externes (ACE) de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) en 2013 puis généralisé depuis le 1er mars 2016. Les établissements ont donc, à ce jour, une certaine expérience de la facturation au fil de l'eau.

Récemment, la LFSS pour 2018 a étendu FIDES aux ACE du champ soins de suite et réadaptation (SSR) et à certains forfaits au 1er mars 2020. La prochaine étape annoncée concerne les séjours des patients hospitalisés. Ils devront être valorisés en facturation directe à compter du 1er mars 2022. Il s'agit de la mise en place de FIDES-Séjours. Le projet FIDES est donc caractérisé par un mouvement d'extension continu. Il impacte d'autant plus les organisations hospitalières au gré de l'évolution de son périmètre.

Avec FIDES-Séjours, la modification des organisations de travail va aller encore plus loin. Les services de facturation et les départements d'information médicale (DIM) devront être

² Caisse de référence du département.

rapprochés. A ce jour, ces deux services peuvent travailler de manière disjointe, dans la mesure où chacun exploite ses données par des circuits séparés et autonomes. Avec FIDES-Séjours, ces deux services devront collaborer de manière synchronisée : un dossier devra être conforme pour le service facturation et pour le DIM, avant d'être adressé à la caisse pivot. Ainsi, des organisations de travail inédites vont devoir être mises en œuvre pour que chacun réalise ses missions conformément au cahier des charges, et contribue à sécuriser le niveau de trésorerie de l'établissement.

Outre ces aspects organisationnels, la qualité des factures sera, de fait, un autre point de haute criticité. Notons à ce titre que le retraitement de factures FIDES-Séjours pour correction est annoncé comme particulièrement difficile et chronophage par la DGOS. Sachant que le périmètre de FIDES-Séjours porte sur une facturation qui représente plus de 60% du budget des établissements, le risque financier est donc significativement accru.

Face à l'ampleur de ces transformations touchant le cœur de métier des BE, le fait est qu'à ce jour ils ne peuvent désormais plus fonctionner sans un important travail sur les processus et les compétences. La perspective de FIDES-Séjours impose une phase de préparation. Au regard de la complexité du projet et de ses enjeux³, FIDES-Séjours est déployé dans certains établissements expérimentateurs volontaires et agréés par le ministère de la santé. Le centre hospitalier d'Avignon (CHA) est expérimentateur à la fois pour le projet ROC et le projet FIDES-Séjours du programme SIMPHONIE.

L'orientation donnée à ce travail consiste en premier lieu à resituer FIDES-Séjours au regard de l'évolution du financement des établissements de santé, pour mieux comprendre le sens de la réforme. Cette étape est indispensable pour pouvoir porter un discours le plus clair possible auprès des équipes et ainsi parvenir à donner du sens à leur action.

En second lieu, il conviendra d'investiguer le fonctionnement propre au BE du CHA. Ce secteur n'ayant jamais fait l'objet d'un audit de performance, tant la démarche que les outils sont à construire.

Ainsi, d'une manière générale, ce travail vise à pouvoir être en mesure de répondre à la question suivante : **Quels sont les aspects opérationnels à prendre en compte pour préparer un bureau des entrées à la mise en place de FIDES-Séjours ?** A partir de l'expérience du CHA, il conviendra de prendre en compte des aspects à la fois historiques et financiers (1) pour ensuite construire une démarche d'investigation adaptée aux besoins et proposer des actions d'amélioration (2).

³ Cf. Annexe 1

1 FIDES-Séjours : un aboutissement des différentes réformes du financement des établissements de santé

Afin de mieux comprendre FIDES-Séjours, il paraît indiqué de solliciter l'équipe en charge des finances du CHA. Une approche systémique semble à privilégier pour explorer cette thématique. En effet, débiter par les aspects stratégiques me permettra de mieux comprendre les enjeux, d'obtenir des pistes de réflexion et d'orienter les recherches documentaires. Il conviendra ensuite, à partir des éléments identifiés, d'explorer leur traduction concrète pour l'établissement.

La DAF sera donc rencontrée en premier lieu⁴. A l'issue de cette rencontre, des recherches documentaires seront effectuées. Enfin, l'attachée des finances sera également rencontrée pour étayer les investigations par des données chiffrées relatives à la situation financière du CHA.

Il ressort de l'entretien avec la DAF qu'il est nécessaire de comprendre :

- Les impacts budgétaires et organisationnels des différentes réformes, depuis la dotation globale de financement, pour pouvoir mieux comprendre l'évolution du rôle des secteurs de facturation ;
- En quoi FIDES-Séjours est un aboutissement de la T2A⁵ ;
- L'importance accordée à la question de la trésorerie dans le pilotage institutionnel.

A ce titre seront abordés successivement : la dotation globale, la mise en place de la T2A et de l'EPRD, FIDES et, enfin, le mode de financement spécifique mis en place dans le cadre de la situation de crise sanitaire liée au virus Covid-19.

1.1 La DGF : des dépenses de santé plus encadrées et des impacts sur la gestion hospitalière contrastés

1.1.1 Une dotation pour encadrer le budget des établissements et l'évolution des dépenses de santé

Face à l'effet inflationniste du prix de journée, un système de dotation a été mis en place pour encadrer le budget des établissements et maîtriser les dépenses d'assurance maladie. En effet, avant la DGF, les établissements publics de santé étaient rémunérés selon le coût moyen d'une journée d'hospitalisation : le prix de journée. Ce coût moyen était calculé chaque année pour l'année à venir, par un ajustement des recettes aux dépenses. Concrètement, l'ensemble des charges était divisé par le nombre de journées

⁴ Cf. Annexe 2

⁵ BELCASTRO J., CARLIER D., La facturation individuelle des établissements de santé. Révolution ou aboutissement de la T2A, Gestions hospitalières, 2014, n°533, p.81

d'hospitalisation réalisées et les déficits éventuels faisaient l'objet d'un report sur l'exercice suivant.

Pour corriger l'effet inflationniste du prix de journée et les iniquités de son imprécision tarifaire, un régime de dotation globale de financement (DGF) a été mis dès 1984. Dans ce système, la part assurance maladie est versée sous la forme d'une enveloppe mensuelle aux établissements assurant le service public hospitalier. Cette enveloppe représente environ 90% des recettes d'exploitation. L'objectif de la loi du 19 janvier 1983⁶ est bien de contenir l'évolution des dépenses de santé par la définition d'une enveloppe budgétaire annuelle *a priori*, pour chaque établissement⁷.

La mise en place de la DGF a effectivement infléchi l'évolution des dépenses de santé par rapport au mode de financement antérieur. D'après l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁸, avant 1984, la part de l'hospitalisation dans la consommation de soins et biens médicaux représentait 54,7%. Après 1984, un net ralentissement de cette croissance s'est opéré jusqu'à la fin des années 90. Depuis 2002 elle se maintient autour de 46%.

La DGF institue un mode de financement basé sur une allocation stable et régulière, déterminée sur la base du budget de l'année précédente. Son évolution d'un exercice à l'autre est encadrée par un taux de croissance des dépenses hospitalières. Ce taux est fixé nationalement depuis 1979, il s'agit du taux directeur. Il n'y a donc pas de lien direct entre le montant alloué et l'activité annuelle de l'établissement. Il s'agit plutôt d'une réplique du budget de l'année 1983 augmenté selon un taux national. Une faible part de la DGF pouvait toutefois faire l'objet d'une négociation entre un établissement et sa tutelle pour couvrir un surcroît de charges, ou une insuffisance de produits, par rapport aux prévisions.

En complément de la DGF, la loi du 19 janvier 1983, a également instauré le forfait journalier. Il représente la participation financière de l'utilisateur quant aux frais d'hébergement et d'entretien induits par son hospitalisation. Le forfait journalier est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Il est facturé par les BE directement aux patients ou à leur organisme complémentaire, au même titre que le ticket modérateur. La part modulable de la DGF peut donc servir à compenser un éventuel défaut de facturation ou de recouvrement de la partie facturée aux organismes complémentaires ou aux usagers.

⁶ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

⁷ <https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/depenses-et-evolutions.html>

⁸ *Ibid.*

Ainsi, la DGF fonctionne selon un principe de dépenses dans la mesure où elle fixe un objectif de dépenses à ne pas dépasser. Il s'agit d'un modèle tutélaire avec une faible part d'autonomie laissée aux établissements⁹ : une autorité de régulation alloue une dotation pour assurer l'exploitation. Les projets d'investissements sont autorisés et financés en sus. Ce système confère une certaine sécurité en termes de ressources, et induit de fait une gestion de type budgétaire dans laquelle le pilotage consiste à s'assurer que les investissements et les dépenses d'exploitation ne débordent pas de l'objectif. L'enjeu autour de la facturation était donc relatif.

1.1.2 Des avantages en termes de stabilité des recettes et des inconvénients liés à son caractère limitatif

En termes de pilotage financier, cette garantie de ressources s'accompagne d'une visibilité importante sur la trésorerie. Les versements réguliers à raison d'1/12^{ème} par mois de l'enveloppe annuelle, déterminée pour chaque établissement, offrent une stabilité des recettes. Cette stabilité garantit le niveau de ressources en cas d'aléas. Toutefois, autant le fait que le niveau de recettes ne soit pas indexé sur l'activité constitue un point fort pour la gestion, autant le caractère limitatif qui en découle est la principale origine des effets de bord de la DGF¹⁰.

Une première conséquence du plafonnement des ressources est que des disparités entre établissements héritées du prix de journée ont persisté. Dans la mesure où elles existaient sous le mode de financement précédent, le fait que l'année 1983 ait servi de référence pour déterminer le montant alloué à chaque établissement et que les augmentations étaient définies selon un taux directeur standardisé, ces disparités ont persisté sous le nouveau régime budgétaire.

Outre la rigidité des ressources allouées selon les recettes historiques, le caractère limitatif de la dotation crée également l'obligation de respecter un objectif de dépenses. De ce fait, des établissements pouvaient choisir de reporter des amortissements et des provisions sur l'exercice suivant et, ainsi, ajuster leur niveau de charges par rapport à l'objectif. Cela permettait de justifier d'une augmentation des charges décaissables, de présenter un résultat équilibré, et de disposer sur l'exercice suivant d'une trésorerie potentielle. Mais du fait de cette modulation, les conseils d'administration et les tutelles pouvaient donc, parfois, ne pas avoir de visibilité sur la situation financière exacte des établissements avant de valider un projet d'investissement.

⁹ Cf. Annexe 2

¹⁰ DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., Droit Hospitalier 10^{ème} édition, Dalloz, 2017, p.560

Le caractère limitatif de ce mode de financement fait qu'il ne prend que partiellement en compte les coûts réels de prise en charge. Or, ces coûts ont fortement augmenté au gré des évolutions technologiques (développement des plateaux techniques, notamment d'imagerie) et des besoins de la population (augmentation des pathologies virales et cancéreuses). Sachant que l'activité génère des dépenses, elle devient alors mécaniquement un levier d'ajustement, dans un système qui fixe un objectif de dépenses en début d'exercice. Ainsi des reports d'activité depuis les établissements soumis à la dotation globale vers les autres acteurs du système de santé ont été supposés¹¹.

Il est aussi intéressant de noter que le rôle des secteurs assurant aujourd'hui un rôle de facturation était bien différent d'aujourd'hui. Les DIM ont été mis en place en 1989 pour assurer une fonction de statistique épidémiologique, au gré du déploiement tardif du PMSI. L'hôpital était donc jusqu'à lors une entité dépourvue d'indicateurs d'activité reconnus concernant son cœur de métier.

Quant aux BE, leur rôle est à resituer dans le contexte d'un hôpital au début de son informatisation. Non seulement ils n'intervenaient pas sur la facturation à l'assurance maladie en dehors du taux de prise en charge, mais en cas de non atteinte des objectifs de recouvrement, les sommes pouvaient être budgétairement compensées lors du dialogue avec les tutelles¹². Rétrospectivement, ceci a eu pour conséquence de réels impacts sur le management et la gestion des ressources humaines dans ce secteur.

Face aux limites de ce système de financement et aux impératifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, un système plus transparent et redistributif va être mis en place, la tarification à l'activité.

1.2 La T2A : des ressources corrélées à l'activité mais des effets de bord à atténuer

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

Introduite en 2004¹³, la T2A vise à rémunérer les prises en charge MCO avec ou sans hébergement. Il s'agit donc à la fois des hospitalisations (complètes et incomplètes) et des consultations externes. La T2A est un système de rémunération mixte qui comprend¹⁴ :

- Le paiement au séjour par groupes homogènes de séjours (GHS) ;

¹¹ DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., Droit Hospitalier, 10ème édition, Dalloz, 2017, p.560

¹² Cf. Annexe 2

¹³ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

¹⁴ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé, Les presses de l'EHESP, 2009, p.93

- Le paiement de produits de santé en sus des GHS ;
- Des tarifs de prestations ;
- L’attribution de forfaits annuels ;
- Les missions d’intérêt général et l’aide à la contractualisation (MIGAC).

En effet, certaines activités ou prises en charge se prêtent moins à de la tarification à l’acte, comme les urgences et les pathologies chroniques. D’où le dispositif a été complété par des rémunérations forfaitaires.

Concernant les séjours, le PMSI va conserver une vocation statistique. Toutefois, il va aussi servir de base de calcul pour déterminer le montant alloué à chaque hospitalisation selon une échelle tarifaire nationale, le groupe homogène de séjour (GHS). Le montant du GHS varie selon la description réalisée par le praticien du tableau clinique (diagnostic principal, niveau de sévérité, pathologies associées, soins palliatifs, GHS multiple pour un même séjour, etc...). Au plus le tableau clinique du patient est lourd, au plus le GHS est valorisé.

En plus des tarifs par séjours, les établissements bénéficient de tarifs par prestations (urgences, prélèvements d’organes, dialyse...) et de paiements supplémentaires pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantables. Leur déclaration s’effectue sur la plateforme e-PMSI de l’ATIH¹⁵.

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

Quant aux consultations externes, elles relèvent d’un tarif par prestation et vont être un vecteur de renforcement du rôle des BE dans les recettes des établissements. Les actes effectués sont répertoriés dans différentes nomenclatures d’actes professionnels (NGAP, CCAM, NABM) et facturés après application de règles de cumuls et de majorations. Cette facturation incombe au BE dans la mesure où elle s’effectue avec son outil de travail historique et principal, le logiciel de gestion administrative du malade.

Il est important de rappeler que le BE n’assurait qu’une fonction d’enregistrement administratif et de facturation de la part complémentaire (séjours et consultations externes). Avec la T2A, il assure désormais aussi la facturation de la part assurance

¹⁵ Cf. Supra

maladie des actes externes, sans possibilité de compensation dans le dialogue avec les tutelles, comme cela était le cas précédemment, sous le régime de la DGF.

Ceci a impliqué de développer de nouvelles compétences et a renforcé le besoin de suivi de la facturation et du contentieux. Certes, cette responsabilité porte sur moins de 10% du budget d'un établissement. Mais à compter de la T2A, le BE est devenu un secteur à intégrer davantage dans le management financier d'un établissement, donc à faire évoluer sur le plan des ressources humaines. Cet aspect est toutefois à tempérer dans la mesure où les recettes issues de consultations externes sont souvent négligées¹⁶ dans les établissements, dans la mesure où il s'agit d'une activité structurellement déficitaire, dotée de règles de facturations et de nomenclatures complexes.

Avec la T2A, l'allocation de ressources n'est plus aveugle mais rapprochée des ressources mobilisées pour la production de soins. L'affectation du dernier public est donc rapprochée de l'activité réelle pour limiter d'éventuelles rentes de situation potentiellement inévitables d'un établissement à l'autre. Ce système a créé une logique incitative plus vertueuse, là où le caractère limitatif de la DGF incitait à plafonner l'activité selon les crédits disponibles pour l'exercice.

L'introduction d'une logique financière a permis de mettre en place le contrôle de gestion comme une base de dialogue entre les différents services et de véritables indicateurs de pilotage pour arbitrer les choix institutionnels. Introduire une logique de part de marché a incité à améliorer l'efficacité, donc la compétitivité. Cette dernière se retrouve tant au niveau de la candidature pour les appels à projet que dans l'exercice quotidien avec la qualité de service.

Enfin, l'autonomie financière, a permis de davantage responsabiliser les établissements, aussi, le directeur doit d'autant plus rendre compte sur sa gestion. Les indicateurs d'activité permettent d'objectiver la viabilité financière de la structure pour d'arbitrer la décision publique. A la différence du fonctionnement sous DGF, une corrélation directe est donc établie entre la logique d'investissement et la situation financière.

1.2.2 Un mode de rémunération progressivement désindexé des coûts réels

Dès 2012, un rapport de l'inspection générale des finances (IGF) alerte sur le dévoiement du système de la T2A. La logique de maximisation des recettes prévaut sur l'efficacité et la CCAM ne tarife plus l'acte à son juste coût. Il s'est ainsi créé des iniquités entre certaines spécialités médicales.

¹⁶ CDC, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019, p.293

La mission IGF dresse les constats suivants¹⁷ :

- Le signal-prix incite les établissements à faire le lien entre leurs charges et leurs revenus, donc à orienter l'activité ;
- Les financements complémentaires à la T2A atténuent son caractère redistributif et la révision des tarifs de la CCAM est contrainte entre les négociations conventionnelles et les impératifs budgétaires déterminés par l'ONDAM ;
- Le respect de l'ONDAM entraîne une pression sur les établissements, susceptible de pénaliser les plus efficaces, ou de favoriser les déficits et l'endettement ;
- Les outils modulables permettant aux ARS de financer un besoin sont limités.

Il est intéressant de noter qu'une partie des difficultés exprimées dans les débats publics contemporains, et parfois associées à tort à la T2A, étaient déjà formalisées dans un rapport rédigé par l'IGF dès 2011, soit 5 ans seulement après sa mise en place effective.

Le plafonnement des tarifs du fait de l'ONDAM a désindexé certains tarifs des coûts réels. Les établissements ont donc connu une baisse ou une stagnation de rémunération pour des coûts qui augmentent, notamment du fait des surcoûts liés à l'évolution technologique. Ceci a créé des effets de ciseaux sur le budget des établissements. Les conséquences ont été de renforcer la gestion centrée sur les coûts et l'ajustement par la masse salariale, source de tension entre les acteurs.

En conséquence, l'IGF préconise de revenir à l'esprit initial de la T2A : rémunérer les établissements au juste coût, mettre en place une dégressivité tarifaire en cas d'activité trop importante, rééquilibrer les tarifs entre spécialités et augmenter les marges de manœuvre des ARS avec le fonds d'intervention régional (FIR) pour financer des actions locales.

D'autres alternatives ont cependant été mises en place pour amender le dispositif. Il est possible de citer l'incitation financière à la Qualité et les nouveaux codes actes NGAP rémunérant des prises en charge complexes. Dans la continuité est apparue, plus récemment, la rémunération au parcours pour favoriser la prévention et la prise en charge des patients polyopathologiques, dont le nombre de prise en charge augmente du fait du vieillissement de la population. Cependant, ce dernier s'avère d'une grande complexité à mettre en place, rémunérant une pluralité d'acteur alors que les systèmes d'information et les instances de dialogue entre la ville et l'hôpital sont parfois encore à bâtir.

¹⁷ IGF, Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, 2012, p.10

La logique de rémunération forfaitaire selon l'activité n'est pas une garantie d'équité. La prise en compte de la durée d'hospitalisation, fait que toute hospitalisation prolongée hors des standards tarifaires devient une perte de recette pour l'établissement.

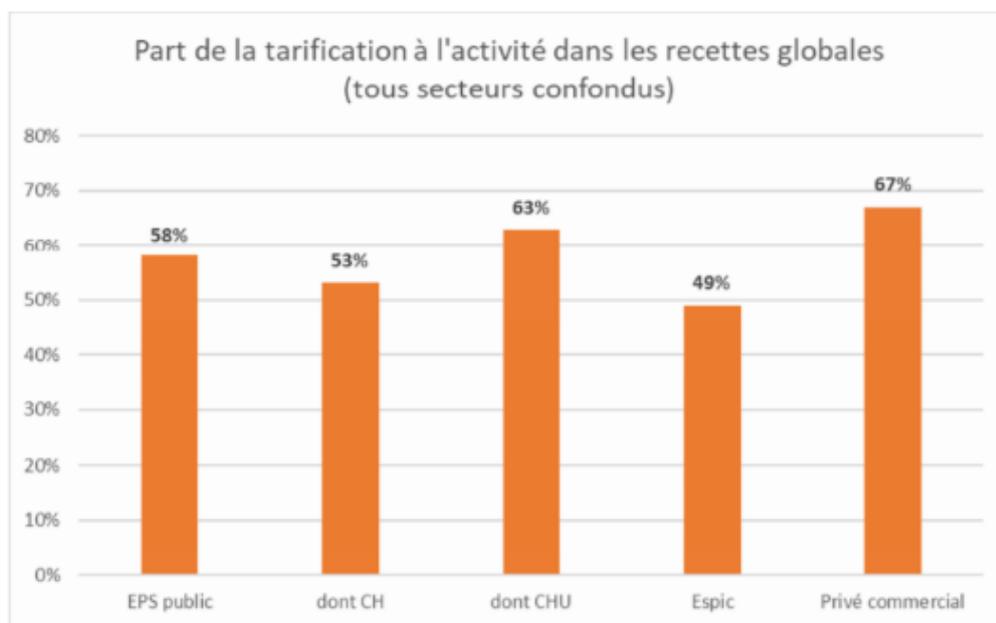
Or, même si l'indice pondéré de durée moyenne de séjour pourrait être respecté, les établissements ne sont pas égaux pour organiser la sortie en fonction : des caractéristiques de la population, du niveau d'équipement du territoire, du niveau de coordination des prestataires libéraux et privés... Pour exemple, un établissement ayant un quasi monopôle sur toute la filière depuis l'admission jusqu'au SSR, avec une offre privée peu développée ou atomisée, et avec peu de compétition sur certaines spécialités, bénéficiera d'un contexte avantageux.

A l'inverse, un établissement dépendant d'autres structures pour les soins de suite pourra être en difficulté en raison de la composition du paysage sanitaire. En effet, la gestion du parcours sera plus difficile si le taux d'équipement est inférieur aux standards nationaux, que l'offre concurrentielle est importante, et que les acteurs libéraux peinent à s'organiser. D'autres exemples sont possibles. Toutefois, il est important de noter que la T2A tend à créer un lien entre les recettes de l'établissement et les caractéristiques du territoire où il est implanté, et que ce lien peut parfois être défavorable, indépendamment de son organisation interne.

Enfin, la financiarisation de la gestion cumulée à la pression budgétaire crée un biais dans la communication interne entre le management et les secteurs opérationnels. Ce biais tend à les faire diverger au lieu de les rapprocher. Le pilotage sur la base d'indicateurs financiers a permis d'objectiver davantage les bases de dialogue et de renforcer l'optimisation des processus. Toutefois, l'un des reproches fréquemment formulés est que « *la T2A induit une financiarisation importante du pilotage et des échanges avec la direction, au lieu de mettre l'accent sur la coordination et la médicalisation des organisations* »¹⁸. Cet aspect a été particulièrement formalisé dans la stratégie Ma Santé 2022 qui prévoit un plafonnement de la part de rémunération liée à la T2A à 50%. Il convient cependant de préciser que la part de rémunération des EPS est de 63% pour les CHU, mais déjà relativement proche de 50% pour les CH¹⁹.

¹⁸ Cf. Annexe 2

¹⁹ AUBERT J-M., Rapport final : Modes de financement et de régulation, 2018, p.4



Source : J-M. AUBERT, 2018, Modes de financement et de régulation

Ainsi, avec la T2A un établissement est donc en partie rémunéré sur la base d'une activité suivie et déclarée en fonction de règles de tarification nationales. Ceci a mis fin à une certaine forme d'opacité qui prévalait sous le régime précédent et a renforcé l'autonomie des établissements, malgré certains effets de bord à corriger.

En contrepartie de cette autonomie, la visibilité sur l'activité et la facturation a été renforcée. C'est donc à ce titre que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été introduit par le législateur l'année suivante.

1.3 L'EPRD pour une situation financière plus transparente

1.3.1 Un EPRD complémentaire à la T2A pour renforcer la transparence comptable et rectifier certains effets de bord du système antérieur

Introduit dans la comptabilité publique en 1962²⁰, l'EPRD a été étendu aux établissements de santé par le décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005. Le code de la santé publique²¹ définit l'EPRD des EPS comme l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles. Il s'agit du volet budgétaire de la nouvelle gouvernance hospitalière promulguée en 2005²².

²⁰ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé, Les presses de l'EHESP, 2009, p.161

²¹ Article R6145-10 du CSP

²² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Son architecture générale est fixée par décret²³ :

Le budget des établissements publics de santé se compose :

1° D'un compte de résultat prévisionnel principal dans lequel sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation, à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un compte de résultat prévisionnel annexe ;

2° D'un compte de résultat prévisionnel annexe pour chacune des activités mentionnées à l'article R. 6145-12, dans lequel sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation ;

3° D'un tableau de financement prévisionnel dans lequel sont prévues et autorisées les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des services et activités de l'établissement.

Le résultat prévisionnel des comptes de résultat prévisionnels est repris dans un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement prévisionnelle, laquelle apparaît dans le tableau de financement prévisionnel.

Outre une série de documents normés à produire, le législateur a également fixé des conditions de recevabilité²⁴ de ce budget prévisionnel :

Le budget remplit les conditions suivantes :

1° Chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre ; toutefois, le compte de résultat prévisionnel principal et les comptes de résultat prévisionnels annexes des activités mentionnées au 1°, 2° et 4° de l'article R. 6145-12 peuvent être présentés en excédent ;

2° Les recettes et dépenses sont évaluées de façon sincère ;

3° La capacité d'autofinancement de l'établissement figurant dans le tableau de financement prévisionnel mentionné au 3° de l'article R. 6145-13 est suffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Par dérogation au 1°, le compte de résultat prévisionnel principal et les comptes de résultat prévisionnels annexes mentionnés aux 2° et 4° de l'article R. 6145-12 peuvent prévoir un déficit si celui-ci est compatible avec le plan global de financement pluriannuel mentionné au 5° de l'article L. 6143-7 approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Ces deux articles du CSP témoignent à eux-seuls du renversement de logique budgétaire par rapport au mode de financement précédent. Alors que la gestion sous dotation globale relevait d'une logique de dépenses (la gestion vise à respecter un objectif de dépenses), l'EPRD répond à une logique de recettes (la gestion vise à parvenir à réaliser un objectif de recettes).

L'enjeu budgétaire sur le respect de l'EPRD et les capacités d'ajustement des charges aux recettes effectives de l'établissement devient prévalent, y compris sur les problématiques de trésorerie²⁵. Mais le respect du budget accordé et la question de la trésorerie sont intimement liés. L'accent est mis sur le compte de résultat prévisionnel, à savoir le document permettant de visualiser si un établissement projette de réaliser un

²³ Article R6145-13 du CSP

²⁴ Article R6145-11 du CSP

²⁵ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008, p.40

excédent ou un déficit. Une attention particulière est donc portée sur la situation d'exploitation de l'établissement, dont l'appréciation est nécessaire pour la prise de décision publique. Le résultat de l'exercice ne pouvant à lui seul éclairer le décideur public, le calcul de la capacité d'autofinancement (CAF), le tableau de financement et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) complètent l'EPRD.

La CAF consiste à neutraliser certaines charges et certains produits dans le résultat de l'exercice, afin que l'impact direct de l'exploitation sur la trésorerie soit mis en évidence et que les présentations de résultats soient uniformisées. A l'issue du calcul de la CAF, si le montant est positif, l'établissement présentera une capacité d'autofinancement. Il aura dégagé des ressources supérieures aux besoins générés par le cycle d'exploitation et pourra investir ou rembourser des emprunts.

Si le montant est négatif, l'établissement présentera une insuffisance en autofinancement. Le niveau de ressources dégagé par la structure n'aura pas été suffisant pour couvrir les charges induites par le cycle d'exploitation. Il aura donc des difficultés à rembourser un emprunt, en plus de faire face à ses coûts de fonctionnement. Cette capacité à emprunter ou financer des investissements est le lien entre les notions de CAF et de tableau de financement. Le tableau de financement met en évidence pour les investissements prévus leur impact sur la trésorerie ainsi que le montant à emprunter.

Les emprunts visant à investir s'échelonnent sur du long terme, donc il convient de projeter leurs effets sur plusieurs années pour s'assurer de leur soutenabilité dans le temps. Aussi l'EPRD doit être complété par un PGFP. Il s'agit d'un EPRD réalisé sur plusieurs années de manière prospective pour rendre visible l'impact des investissements à long terme, notamment des effets de leurs amortissements sur la trésorerie en fonction des prévisions de recettes et de dépenses.

L'EPRD introduit dans la gestion hospitalière un outil à la fois budgétaire et financier qui permet d'identifier dès la prévision budgétaire les incidences financières des choix de gestion en faisant apparaître leurs conséquences en termes d'autofinancement potentiel et en plaçant la gestion dans une perspective pluriannuelle.²⁶

Il s'agit là d'un élément majeur, à rebours de l'opacité de la DGF dans la mesure où l'EPRD et le PGFP mettent en relief la capacité d'un établissement à maintenir une trésorerie suffisante pour assurer son exploitation et soutenir sa politique d'investissement. De ce fait, la trésorerie devient alors d'autant plus un élément central.

²⁶ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé, Les presses de l'EHESP, 2009, p.162

1.3.2 Les relations entre FRN, BFR et trésorerie

Pour pouvoir calculer la trésorerie, il convient de retraiter le bilan comptable (situation du patrimoine), en un bilan financier (solvabilité à court terme). Ce retraitement consiste à séparer les éléments de long terme, relatifs au financement et à l'investissement, et ceux de court terme, relatifs au cycle d'exploitation. Dans le bilan financier, les emprunts à moyen et long terme ne sont plus des dettes mais des ressources stables, ils basculent alors en haut de bilan. De même, les amortissements ne sont plus de l'actif immobilisé mais une ressource stable en tant que trésorerie potentielle. Enfin, les disponibilités et les lignes de trésorerie sont mises à part.

Cette disposition permet d'opposer, en haut de bilan, les biens stables et les ressources stables. Retrancher le total des biens stables au total des ressources stables, permet d'obtenir le fonds de roulement net (FRN). Si cette somme est positive, il s'agit d'un excédent de financement. Il peut être utilisé soit pour alimenter la trésorerie, soit pour financer les besoins du cycle d'exploitation figurant en bas de bilan. Le bas de bilan requiert ici une vigilance particulière. En effet, il représente le niveau de fonds devant être disponible pour faire face aux créances et aux dettes, tout en maintenant l'activité.

Le besoin de fonds est justifié par le fait qu'il existe en continu des délais entre l'émission d'une facture et son solde, tant pour l'établissement (recouvrement des créances) que pour ses fournisseurs (paiement des fournitures et prestations). Soustraire les ressources d'exploitation aux charges d'exploitation permet de déterminer la somme nécessaire pour assurer l'activité. Il s'agit du besoin en fonds de roulement (BFR). Le BFR est particulièrement lié à la gestion de l'établissement.

On ne choisit pas son BFR mais il est imposé par des textes, habitudes et fournisseurs qui se sont installés progressivement dans les relations de règlement entre l'établissement, ses fournisseurs en amont et les redevables en aval²⁷.

Enfin, pour obtenir la trésorerie de l'établissement, il convient de retrancher le BFR au FRN. Lorsque le FRN est supérieur au BFR, la différence entre les deux constitue une trésorerie positive. Dans le cas inverse, elle est négative. Le pilotage est donc orienté sur la question de la trésorerie à maintenir, par des choix de gestion visant à optimiser le BFR.

Sachant que le BFR est lié au recouvrement et que FIDES modifie la dynamique du recouvrement, il convient à présent d'approfondir en quoi FIDES impacte le management financier des établissements.

²⁷ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé, Les presses de l'EHESP, 2009, p.148

1.4 FIDES : optimiser le BFR en contribuant à la gestion du risque de l'assurance maladie

1.4.1 Des contrôles sur la facturation des établissements renforcés

Le projet FIDES consiste à ce que les établissements de santé adressent pour chaque venue de patient des factures nominatives directement à l'assurance maladie. FIDES a été généralisé en 2016 pour les actes de consultation externe.

L'article 65 de la LFSS pour 2018 confirme le déploiement pour les prestations autres que les actes de consultation externe, donc les séjours, au plus tard au 1er mars 2022. D'une manière générale, FIDES est la déclinaison d'une politique nationale de maîtrise des dépenses d'assurance maladie appliquée aux établissements de santé²⁸ :

Aujourd'hui, les objectifs de la facturation directe appliquée aux établissements de santé sont très fortement centrés sur des priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire :

- un schéma analogue aux cliniques privées (...)
- un dispositif permettant de mieux contrôler a priori et avant liquidation les sommes dues aux établissements de santé ;
- un dispositif intégrant directement dans le système de gestion et d'information de l'assurance maladie des éléments lui permettant de s'inscrire dans une gestion du risque renouvelée.

En effet, lors de la mise en place de la T2A, les établissements ont été amenés à déclarer leur activité anonymisée et globalisée sur une plateforme non reliée aux bases de données de l'assurance maladie²⁹. L'anonymisation fait que tous les contrôles relatifs à la situation individuelle de l'assuré ne peuvent être effectués, notamment ceux qui concernent l'ouverture des droits. La plateforme peut donc effectuer des contrôles de cohérence sur certaines données mais elle ne peut pas s'assurer de leur concordance avec la situation de l'assuré en temps réel.

Par voie de conséquence, une valorisation est donc possible alors que les droits de l'assuré sont fermés ou que l'exonération du ticket modérateur n'est pas enregistrée. La mise en place de FIDES améliore la sécurisation du circuit de facturation et contribue à la gestion du risque dans la mesure où les données adressées par l'établissement et celles de l'assurance maladie sont croisées pour contrôler leur concordance avant liquidation de la facture.

²⁸ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008, p.6

²⁹ Cf. Supra

Relier la facturation des établissements aux bases de l'assurance maladie crée une boucle d'amélioration continue où chaque acteur dispose d'un intérêt à ce que la facture soit conforme dès la première émission. Le lien direct et dématérialisé entre la facturation des établissements et les bases de données de l'assurance maladie a pour effet d'augmenter fortement le panel et le degré de finesse des contrôles.

En permettant la mise en œuvre de contrôles automatisés a priori, la facturation directe élargit le périmètre des anomalies susceptibles d'être détectées³⁰.

Par exemple, dans le cadre de FIDES-ACE les contrôles portent sur des critères comme l'ouverture des droits, l'exonération du ticket modérateur, la déclaration du médecin traitant, la date de naissance, la compatibilité entre un acte et la spécialité du praticien, l'exactitude des modificateurs pour la CCAM, code du parcours de soins, l'existence d'un double paiement du titre, etc... Ces contrôles sont favorables à l'assurance maladie dans la mesure où ils permettent d'éviter le versement d'indus. Les flux financiers entre trésor et CPAM en cas d'émission, annulation puis réémission après correction du titre sont évités. Il est à noter que tous les ACE ne font pas l'objet d'une valorisation FIDES. Les forfaits (ATU, FSE...) sont actuellement toujours valorisés sur la plateforme.

Les établissements sont aussi incités à s'inscrire dans une logique d'amélioration continue. Dans la mesure où les factures rejetées sont affectées sur le compte de tiers 4162 « Redevables Contentieux Caisse Pivot » situé en bas de bilan, l'établissement a intérêt à limiter les rejets car ils augmentent le BFR donc le besoin en trésorerie, pour compenser. De plus, FIDES a permis que les factures conformes soient réglées rapidement (7 à 10 jours après émission), ce qui contribue à réduire le volume des créances. Il s'agit d'un levier incitant à nouveau les établissements à adresser une facturation de qualité dès le premier envoi pour optimiser le BFR.

Enfin, si toutefois le paiement était entravé du fait de l'assurance maladie, un système d'avances mensuelles a été mis en place pour éviter que la trésorerie des établissements ne soit pénalisée³¹. Ce mécanisme d'avances mensuelles permet diminuer le BFR en soldant par avance les créances correspondant aux factures du mois précédent non rejetées et non payées. Les établissements sont donc incités à améliorer la qualité des données de facturation pour optimiser la trésorerie en réduisant le BFR et limiter les surcoûts liés au contentieux. Il est à noter que la complexification du processus de facturation présente aussi un impact direct sur les ressources humaines en matière de compétences des agents qui assurent les admissions, la facturation et le contentieux.

³⁰ CDC, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019, p.301

³¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PointFIDES_Inter_Region_Mars_2014_2_.pdf

L'augmentation du niveau d'exigences attendu porte à la fois sur les agents en poste, mais aussi sur les recrutements.

1.4.2 Des bénéfiques estompés à l'épreuve de la complexité hospitalière

Mais à l'épreuve de la complexité hospitalière le niveau de performance de ce système est atténué. En pratique, et sans être exhaustif, il est possible d'identifier comme freins constatés au CHA :

- Des logiciels de facturation parfois peu ergonomiques ;
- Des anomalies liées à la complexité des SIH ;
- Un niveau de compétence des ressources humaines hétérogène ;
- Des écarts entre la situation déclarée par le patient et sa situation réelle en termes de droits ;
- La désynchronisation entre la base assurance maladie servant aux admissions (CDR, CDRi) et celle servant à effectuer le contrôle des facturations.

L'impact modéré de CDRi sur le taux de rejet national, qui demeure en moyenne à 3,5%³², témoigne que l'ensemble de ces problématiques demeure toujours d'actualité. A cela s'ajoute le fait que certaines anomalies ne relèvent ni de l'intervention humaine, ni de la maîtrise du SIH. En effet, il peut y avoir fréquemment des écarts entre les informations relatives à la facturation au moment des soins et les informations de l'assurance maladie car les droits ne sont pas systématiquement mis à jour en temps réel. De plus, l'établissement est parfois tributaire de déclarations erronées par les usagers.

Enfin, des délais seront parfois constatés entre la mise à jour des tarifs au journal officiel et la prise en compte effective de ces tarifs dans la base Ameli non prises en comptes dans les avances mensuelles. Au-delà de ces exemples, il existe une kyrielle d'asymétries d'information susceptibles de provoquer des rejets de factures.

Le cas des dossiers incomplets constitue un risque financier complexe à maîtriser. Le montant des actes saisis mais non encore facturés peut être estimé par un requêtage du SIH. Le risque porte également sur les dossiers sans actes ou dont les actes sont saisis de manière incomplète.

Cela implique aussi qu'outre des dossiers non facturés, il convient de mettre en place des actions de contrôle interne pour la saisie des actes. Les dossiers sans acte sont faciles à identifier, mais étant donné la complexité des nomenclatures CCAM et NGAP, d'autant plus depuis la revalorisation de 2016, le montant des recettes manquantes ne peut être qu'approximatif ou estimé par défaut.

³² Cf. Annexe 7

La saisie partielle peut d'autant plus constituer une perte de recette dans la mesure où la présence d'un acte peut masquer le fait qu'il en manque d'autres. Par exemple si la consultation du praticien est saisie mais pas le code CCAM réalisé durant la consultation. Avec la mise en place de FIDES-ACE et les travaux de certification des comptes, ces problématiques ont pu être améliorées mais il reste des marges de progression car les consultations externes, peinent à susciter de l'intérêt au regard de leurs montants et leur complexité³³.

En tous les cas, exhaustivité et régularité sont des prérequis pour optimiser la trésorerie sous FIDES-ACE. Aussi, face à cette problématique le CHA, dont les ACE représentent 23 807 820€ en 2019 (soit 8.59% de l'ensemble des produits d'exploitation), fait appel à un cabinet de consulting pour contrôler l'exhaustivité de la facturation des ACE et proposer une valorisation optimisée.

Pour l'exercice 2019, cette démarche a permis de redresser des dossiers à hauteur de 331 700€. Il convient de préciser que cette démarche porte uniquement sur le contenu de la facturation pour en améliorer la valorisation financière et non sur l'amélioration des processus.

RESULTATS 2019			
Optimisations	Nombre de résultats	Montant Ecart Total	Montant Ecart Remboursable (AMO)
NGAP	6 621	192 099,16 €	158 993,06 €
CCAM	485	8 624,16 €	7 482,82 €
NABM	1 092	4 250,88 €	3 663,11 €
EXHAUSTIVITE	4 377	62 164,63 €	51 037,58 €
TOTAL 8 MOIS	12 575	267 138,83 €	221 176,57 €
EXTRAPOLATION 4 DERNIERS MOIS 2019	6 288	133 569,42 €	110 588,29 €
Estimation Montant total récupérable 331 700,00 €			

Source : CHA, Mission d'optimisation de la facturation externe, Novembre 2019

Toutefois, avec FIDES-Séjours, les impacts décrits précédemment prennent une dimension bien plus importante.

³³ Cf. Supra

1.5 FIDES-Séjours : un périmètre d'application au poids financier majeur et un processus de facturation à redéfinir en lien avec le DIM

1.5.1 La facturation des séjours : un périmètre d'application hautement stratégique

La mise en œuvre de FIDES-Séjours concernera³⁴ : les GHS, les séjours extrêmes, la réanimation, les soins intensifs, la surveillance continue, la dialyse, les soins palliatifs, la radiothérapie, les IVG, les molécules onéreuses (MO), les DMI, l'hospitalisation à domicile (HAD) et enfin les prélèvements d'organes.

Afin de pouvoir se figurer ce que représente concrètement ce périmètre dans le budget d'un établissement, la valorisation des éléments cités précédemment a été intégrée dans un tableau (cf. ci-dessous) indiquant de manière priorisée pour chaque poste : son montant, quel pourcentage il représente des recettes T2A et quel pourcentage il représente du total des recettes d'exploitation du CHA.

Item	Montant CHA (base remboursement total)	% valorisation T2A	% du total des pdt d'exploit.
Les GHS	126 777 815 €	89,58%	46,00%
Les médicaments coûteux	12 521 452 €	8,85%	4,54%
La réanimation / soins intensifs / surveillance continue	6 785 788 €	4,79%	2,46%
Les DMI (dispositifs médicaux implantables)	4 721 517 €	3,34%	1,71%
Les séjours extrêmes haut	2 404 505 €	1,70%	0,87%
La dialyse / soins palliatifs / radiothérapie	524 124 €	0,37%	0,19%
Les IVG	312 760 €	0,22%	0,11%
Les prélèvements d'organes	213 716 €	0,15%	0,08%
L'HAD (hospitalisation à domicile)	0 €	0,00%	0,00%
Les séjours extrêmes bas	-122 522 €	-0,09%	-0,04%
Total valorisation	141 526 459 €	100%	51,36%
Total produits d'exploitation	275 581 335 €		100,00%

Source : e-PMSI 2019, Tableau [1.V.1.RAV] / Rapport financier CHA 2019

Les points à sécuriser sont par ordre de priorité : les GHS, les médicaments coûteux, les suppléments de réanimation et les dispositifs médicaux implantables au regard de leur quote-part respective dans les recettes issues de la valorisation T2A.

³⁴ Ministère de la santé, Projet FIDES : Cahier des charges des règles de facturation des séjours, 2010, p.11

En termes de trésorerie, le système actuel par plateforme est plus favorable. En effet, e-PMSI valorise à hauteur de 80% par défaut les dossiers dont le PMSI est saisi, mais dont le taux de prise en charge n'a pas été confirmé par la facturation du BE (80% ou 100%). Il s'agit de la principale raison permettant au DIM et au BE de travailler de manière non synchronisée à ce jour. Le flux de trésorerie est préservé, la seule contrainte est de parvenir à avoir tout facturé à la fin de l'exercice.

Le versement tous les mois d'au moins 80% de l'activité déclarée le mois précédent constitue un amortisseur important pour la trésorerie. Sachant que FIDES est basé sur un système de rémunération contre l'envoi de factures individualisées et conformes au cahier des charges, le rythme, l'exhaustivité et la qualité de la facturation seront donc des éléments cruciaux à piloter pour maintenir un niveau suffisant de flux de trésorerie positifs.

1.5.2 Régularité, exhaustivité et qualité de facturation : trois leviers à maîtriser en collaboration avec le DIM pour sécuriser la trésorerie

La régularité de la facturation peut être entravée du fait de délais de saisie des données par les services cliniques ou médicotechniques. La complexité est d'autant plus importante lorsque plusieurs acteurs sont impliqués pour un même dossier. Par exemple, dans le cas d'un séjour de chirurgie avec pose de DMI, l'unité de soins, le bloc opératoire, la pharmacie, devront saisir les données en temps réel.

De plus, comme cela a été explicité précédemment, FIDES-Séjours impliquera une synchronisation de l'action du service de facturation et du DIM afin de pouvoir soumettre des dossiers conformes. Une pluralité d'acteurs et deux niveaux de synchronisation sont à organiser au sein de l'établissement, à savoir : le niveau opérationnel et le niveau facturation.

Le passage à la facturation directe des établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale va se traduire par une modification importante des flux de trésorerie. Dans le cas d'une facturation individualisée au fil de l'eau, le recouvrement des recettes peut être potentiellement plus rapide que dans le système transitoire, dès lors que les factures sont émises dans un délai performant après la sortie du patient. La contrepartie de cette évolution est que le recouvrement des recettes vis à vis de l'assurance maladie obligatoire devient encore plus tributaire des délais de facturation, mais également de la qualité de cette facturation au regard des contrôles mis en place par l'assurance maladie obligatoire³⁵.

Cet état de fait justifie la centralisation progressive du codage au CHA. Il s'agit de faire réaliser le codage par une équipe unique, en lieu et place des unités de soins. Toutefois, même si cette organisation réduit les interfaces entre la réalisation du codage et le pilotage de la facturation, le DIM demeure tributaire de la saisie des données dans le

³⁵ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008, p.46

dossier patient, en particulier du compte rendu d'hospitalisation, pour pouvoir coder les résumés d'unité médicale (RUM)³⁶.

A cela s'ajoute le frein important que constitue l'architecture des systèmes d'information hospitaliers dont l'interfaçage demeure un point sensible. Au CHA, la liaison entre le logiciel de pharmacie et la facturation est un fichier FichCOMP produit manuellement par le contrôle de gestion. Ce mode opératoire constitue une source d'erreurs et rajoute des délais séquentiels pour déclarer ces molécules via la plateforme e-PMSI, altérant donc aussi sa régularité.

A ce titre, l'établissement a été retenu pour expérimenter la mise en place de l'identifiant unique des dispositifs médicaux (IUD) mais le projet a été suspendu au regard de la situation de crise sanitaire et relancé à compter du mois de juin. Maintenir une facturation régulière est indispensable pour maîtriser le BFR par des flux de trésorerie positifs.

En termes d'exhaustivité, les dossiers en attente de données de facturation méritent une vigilance accrue dans le pilotage des recettes et de la trésorerie³⁷. Les données non saisies ne sont pas évaluables, car hors comptabilité. Pour sécuriser le processus facturation, il conviendra de constituer des listes de travail par praticien indiquant les dossiers non codés, contrôler les dossiers avec actes marqueurs, comparer les séjours incomplets avec le logiciel de planification des venues au bloc et l'outil de gestion des lits, s'assurer de l'exhaustivité pour ne pas omettre de coder des séjours dans une unité dont l'activité est valorisée par des forfaits.

Concernant le codage des DMI-MO, des contrôles de cohérence peuvent être effectués en recherchant des numéros de séjours manquants dans l'applicatif de la pharmacie par rapport à la base patient. De même, croiser la date de pose du DMI avec la date de séjour permet de relever des incohérences. Enfin, il convient de rechercher des codes UCD ou LPP absents des bases de facturation pouvant témoigner d'une problématique liée aux mises à jour.

Le principe même de la T2A, renforcé par le caractère plus exigeant de FIDES-Séjours met en lumière des facteurs de risque à maîtriser en priorité :

- Actes classants ou exonérants du ticket modérateur non codés ;
- Délais de rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation trop longs ;
- Codage incomplet des diagnostics ;
- Codage d'un antécédent ou d'une pathologie associée au lieu du diagnostic principal.

³⁶ Cf. Annexe 9

³⁷ ANAP, Premiers retours d'expérience FIDES-Séjours, 2018

Concernant les dossiers en attente de données de facturation, des actions spécifiques sont à mettre en œuvre pour maîtriser le risque. En plus des éléments cités précédemment, le cahier des retours d'expériences des établissements élaboré par l'ANAP préconise une série d'actions pour les contrôler.

Risques identifiables par le DIM et actions de contrôles à prévoir	Actions de contrôles à prévoir
Actes classants, actes marqueurs : sur ou sous facturation des séjours par absence ou erreur de codage des actes.	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle exhaustivité des actes. • Croisement entre outil de recueil des actes au bloc et logiciel PMSI. • Croisement des données de logiciels de radiothérapie ou dialyse.
Absence de diagnostic : impossibilité ou erreur de valorisation du séjour car absence de diagnostic principal ou de diagnostic relié ou de diagnostic associé.	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle d'exhaustivité du codage des DP et requêtage sur le DPI des séjours sans DP, sans DR ou DAS. • Détection ou traitement des atypies. • Identification des séjours dont la durée est supérieure à la DMS nationale. • Suivi des indicateurs OVALIDE.
Délais : Retard de codage.	Suivi des séjours sans actes, croisement avec planning du bloc opératoire, planning des venues en médecine et en HDJ...
<ul style="list-style-type: none"> • Mises à jour CCAM de l'ATIH : mauvaise facturation générée par l'intégration tardives des mises à jour réglementaires. • Mises à jour tardive par les éditeurs GAP et PMSI : retard de prise en charge des évolutions réglementaires, mauvaise valorisation. 	À étudier avec l'ATIH la possibilité de livrer le groupeur dans un délai compatible avec sa date d'application.
Erreur de facturation DMI-MO.	Croisement des DMI/MO avec les séjours; recherche de DMI rattachés à des séjours sans acte ou recherche de DMI/MO non rattachés à des séjours.
Problème de synchronisation des FichCOMP.	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification des tableaux OVALIDE avant envoi. • Mise en œuvre d'un plan d'actions dédié au recueil des MO-DMI avec le pharmacien.

Source : ANAP, premiers retours d'expérience FIDES-Séjours

A l'image de ce qui a été mis en place pour les ACE, le CHA fait appel chaque année à un cabinet de consultants pour diagnostiquer et mener des actions d'optimisation du codage PMSI. En 2019, la somme ayant pu être récupérée est de 750 000€³⁸. Le recours à ces prestations implique toutefois que le choix du prestataire offre une visibilité suffisante sur les corrections apportées pour s'assurer de leur conformité aux règles de facturation.

En termes de qualité des données de facturation, le taux de rejets de factures aura également un impact particulièrement significatif sur le niveau de trésorerie des établissements. Une synchronisation insuffisante entre les acteurs ou des problématiques d'exhaustivité peuvent augmenter le BFR du fait d'un retard à l'émission de la facture qui décale les recettes dans le temps face aux charges à régler.

De plus, comme pour les ACE, la question de la qualité des données se pose avec acuité, voire d'autant plus au regard des montants en jeu. La situation est propre à chaque DIM dont les fonctionnements et la place accordée dans l'institution sont relativement hétérogènes en l'absence d'un cadre d'intervention normalisé.

Il n'existe pas de cadre d'intervention normalisé pour les départements d'information médicale (DIM) et leurs pratiques se révèlent peu homogènes d'un établissement à un autre. (...) En pratique, les DIM ont tendance à concentrer leurs contrôles sur les

³⁸ Cf. Annexe 9

problématiques d'exhaustivité au détriment des contrôles sur la qualité des codages et sur les soins externes³⁹.

Au CHA, les démarches de centralisation ont été accompagnées d'une organisation du DIM permettant de maintenir des actions de contrôle qualité en plus du codage de l'activité des unités de soins. Avec FIDES-Séjours, la qualité des factures devient essentielle dans la mesure où les rejets de factures peuvent s'avérer très rapidement pénalisants pour la trésorerie au regard des montants impliqués.

L'ensemble des recettes T2A liées aux séjours représente au CHA 141,5M€ sur 275.5M€ de budget, soit 51.36% de l'ensemble des produits d'exploitation, ce qui correspond aux 53% du rapport Aubert évoquées précédemment. A ce titre, dans l'hypothèse d'un taux de rejets d'1%, il représenterait environ 1,4M€ sur l'année. Sachant que le BFR 2019 est de 28M€⁴⁰, 5% de rejets sur les séjours constitueraient une augmentation du BFR de 7M€ sur l'année, soit de 25%. Concrètement ceci correspond en moyenne à une nécessité de renforcer la trésorerie du CHA d'environ 583 000€ par mois, dans un contexte de raréfaction des accès aux lignes de trésorerie.

Enfin, il n'est pas prévu de système d'avances sauf dans le cas de non traitement des factures du fait de l'assurance maladie. La procédure de redressement des dossiers étant annoncée comme particulièrement chronophage et complexe, elle est dissuasive. Cet aspect soulève à nouveau la question de la montée en compétences des agents de gestion pour qu'ils puissent modéliser les caractéristiques d'un dossier prêt à être facturé pour le DIM et le BE, sur les anomalies de gestion d'un dossier d'hospitalisé susceptibles de générer des rejets, sur les compétences en contentieux à acquérir.

En effet, avec FIDES-Séjours de nouveaux types de rejets vont être formulés par rapport aux ACE et les agents de contentieux devront suffisamment maîtriser le processus de facturation dans son ensemble pour pouvoir identifier les anomalies et capitaliser l'expérience à partager en équipe.

1.6 Covid-19 : entre T2A et DGF, quel financement pour demain ?

Les différentes réformes du financement des établissements de santé visent donc à concilier allocation de ressources et maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Le tout a été remis en question lors de la situation de crise sanitaire. Le sens de ces réformes est de renforcer progressivement la transparence dans la gestion pour orienter au mieux les choix du décideur public et permettre une allocation de ressources au plus juste, par une maîtrise renforcée des processus de facturation.

³⁹ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008, p.33

⁴⁰ CHA, Rapport financier 2019 Tome 1, 2020, p.6

Face à ce constat, il est particulièrement intéressant de noter les décisions prises dans le cadre de l'épidémie liée au virus Covid-19. La mobilisation des hôpitaux a entraîné sur leurs finances un effet de ciseaux. L'activité a été fortement ralentie et les recettes des établissements MCO ont donc été réduites. Simultanément, les moyens mobilisés, donc les charges d'exploitation, ont dû être fortement augmentés durant plus de deux mois. Le système d'allocation de ressources basé sur l'activité s'est donc avéré inadapté en situation de crise.

Aussi, le législateur a été contraint de revenir à un système proche de la dotation globale : la garantie de financement⁴¹. D'une part, une allocation visant à compenser les surcoûts liés à l'épidémie a été allouée, le montant a été déterminé par l'ARS pour chaque établissement⁴². D'autre part, les recettes relevant du titre 1 ont été allouées à hauteur 1/12 par mois pour la période de mars à décembre 2020⁴³, sur la base de l'année précédente, médicaments en sus compris.

Pour tenir compte de l'évolution des coûts, une majoration de 0,2% correspondant à l'évolution du sous-objectif MCO de l'ONDAM pour 2020 a été prévue, ce qui n'est pas sans rappeler le taux directeur de la DGF. Dans le cadre du dialogue avec les ARS, il est possible d'obtenir un système d'avances lorsque les recettes perçues au titre de la garantie de financement sont au moins 10% inférieures au montant de la valorisation de leur activité. L'objectif du Gouvernement est donc clairement d'aider les établissements à maintenir leur trésorerie.

Le système a toutefois été encadré pour éviter des rentes de situation. Des régularisations sont prévues jusqu'en 2022 afin que le trop versé vienne en déduction des montants à liquider au titre des différentes dotations perçues. De plus, au moment de la rédaction il n'est toujours pas prévu de compensation concernant les recettes relevant du Titre 2⁴⁴.

Au CHA, la crise sanitaire a eu pour effet de bouleverser profondément le management hospitalier : les organisations ont été fortement médicalisées, la cohésion entre la direction et la communauté médicale très soutenue, et la question financière momentanément moins prégnante, dans un établissement sous contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) depuis plusieurs années. A l'échelle nationale, la notion d'activité a été écartée pour recentrer l'hôpital et ses acteurs sur les missions de service public, avec pour conséquence le retour à un mode de financement de 1983

⁴¹ Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19.

⁴² 2 000 000€ pour le CHA.

⁴³ ARS PACA, Arrêté du 20 mai 2020 : le montant alloué au CHA pour la part MCO est de 131 998 089€ pour les 10 mois soit 13 199 809€/ mois.

⁴⁴ 9 063 159 annuels, soit 755 263€ de recettes par mois pour le CHA.

progressivement abandonné dès 2006 pour toutes les raisons explicitées précédemment. Si le système de dotation est plus facile à piloter en tant de crise, il a néanmoins montré ses limites en dehors des situations exceptionnelles. Il sera intéressant de suivre les conclusions du Ségur de la santé pour voir vers quel nouvel équilibre le législateur va faire évoluer le financement des hôpitaux, sachant que le retour généralisé à une dotation aveugle ne peut être une solution pérenne.

Ainsi, cette étude a mis en évidence que l'historique des modes de financements a eu des impacts sur les services d'admission et facturation, en particulier sur leur place dans l'institution. Au niveau financier, elle a soulevé l'importance de maîtriser le BFR par l'optimisation des processus de facturation et la définition de points de contrôle interne pour circonscrire les impacts sur la trésorerie.

Ces éléments de portée générale aident à comprendre que FIDES-Séjours s'inscrit dans un continuum de réformes du financement des établissements de santé, vers une facturation au plus juste, pour mieux maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Ils aident également à mieux comprendre le contexte des bureaux des entrées sachant qu'il s'agit de secteurs historiquement peu reconnus du fait d'un caractère stratégique sur les recettes, tardif.

Aussi, il convient à présent d'investiguer la situation sur le terrain. Pour cela, il sera nécessaire de mener un audit afin de caractériser la situation du CHA avec le plus d'objectivité possible. L'objectif est de parvenir à formuler des préconisations concrètes et spécifiques.

2 Etat des lieux du processus de facturation des hospitalisés et propositions d'amélioration

Après avoir collecté des informations générales, il s'agit à présent de les compléter par les résultats des tests de facturation déjà menés au CHA pour bénéficier d'une vision plus précise de la situation de l'établissement.

Sur cette base, une démarche d'audit a été élaborée, validée par la DAF puis mise en place. Afin d'avoir une approche la plus exhaustive possible, elle a impliqué des partenaires (assurance maladie, trésor public), le chef de projet informatique et le DIM, l'encadrement et les équipes opérationnelles.

Des préconisations touchant à l'organisation du travail dans un premier temps, mais aussi du fonctionnement de l'équipe dans un second temps, ont été formalisées puis validées.

2.1 Etat des lieux : un audit nécessaire pour objectiver la situation

2.1.1 Les résultats des tests de facturation FIDES-Séjours réalisés au CHA

Trois tests de facturation ont été réalisés⁴⁵ : deux en 2016 et un 2017.

L'analyse des rejets du premier test révèle des problèmes de paramétrage :

- Anomalies de MT/DMT⁴⁶ liées aux autorisations ;
- Mise à jour des tarifs de prestations nécessaire ;
- Vérification à mener des codes exonérants envoyés par les fichiers.

L'analyse des rejets du second test révèle des problématiques de gestion courante :

- Certains de ces rejets sont connus du BE suite à FIDES-ACE et relèvent d'anomalies de gestion ;
- D'autres impliquent de mener une réflexion sur l'organisation de la facturation et la validation des données à destination du fichier VID-HOSP⁴⁷.

L'analyse des rejets du troisième test révèle des difficultés d'ordre applicatif :

- Parmi 2161 résumés standardisés de séjour (RSS) sélectionnés, 658 dossiers n'ont pu être validés pour des erreurs déjà connues (n° d'établissement de transfert non spécifié, prix unitaire non correct, taux de remboursement non valide, etc.) ;

⁴⁵ Cf. Annexe 3

⁴⁶ Mode de Traitement et Discipline Médico-Tarifaire : il s'agit de codes permettant d'identifier des types d'hospitalisation (complète, incomplète, etc.).

⁴⁷ Fichier produit à partir de la gestion administrative de malade destiné à répertorier l'activité PMSI pour chaînage (fait de relier entre eux les résumés PMSI anonymes correspondant à un même patient, quel que soit le lieu de prise en charge hospitalière) et la valorisation.

- Impossible de faire passer les séances telles qu’elles sont organisées au CHA, à savoir un numéro unique de séjour avec des venues pour chaque séance ;
- Le logiciel DEFIS⁴⁸ alimente la B2 par un n° d’entrée (en position 40-48) sur la base du numéro de séjour transmis dans les flux et non sur la base du n° d’entrée transmis dans le VID-HOSP.

Au mois de décembre 2019, le CHA a renouvelé son souhait d’être expérimentateur auprès de la DGOS. Un courriel de l’agence régionale de santé (ARS) du 5 février 2020 confirme la participation du CHA à l’expérimentation et stipule que la reprise des tests est prévue au second semestre 2020. C’est dans ce contexte que la directrice des finances de l’établissement souhaite un accompagnement du BE durant le premier semestre. Il s’agit de le préparer la reprise des tests et d’optimiser l’organisation à plus long terme. Cette première partie du travail se situe donc en amont de la situation de crise sanitaire. Celle-ci impliquera, en effet, d’adapter le déroulement des opérations.

2.1.2 La mission : identifier les leviers d’optimisation de la chaîne AFR des hospitalisés

Les objectifs de la mission d’accompagnement sont de :

- Accompagner l’AAH du secteur pour optimiser le management de la chaîne de facturation ;
- Formuler des propositions d’amélioration du fonctionnement du BE dans la perspective de reprendre les tests FIDES-Séjours;
- Modéliser et formaliser des outils de pilotage, d’aide à la décision et de contrôle interne ;

FIDES-ACE, déjà en place depuis plusieurs années, peut servir d’étalon pour évaluer le niveau de performance sur certains aspects organisationnels propres à la facturation au fil de l’eau. Le fonctionnement actuel sera à apprécier au regard des impératifs de FIDES-Séjours afin de formuler des préconisations ciblées. Sachant que le CHA est également expérimentateur pour le projet ROC, ce dernier doit être inclus dans le périmètre sachant que deux mutuelles fonctionnent actuellement avec ROC et que le principe est relativement proche.

La formation des agents, le partage des compétences des agents impliqués (admissions, facturation) et le contrôle interne sont à évaluer. Il en est de même pour la cellule de traitement du contentieux constituée au mois de novembre 2019 par redéploiement des autres secteurs du BE. Le livrable devra être restitué semaine 10.

⁴⁸ Cf. Annexe 8

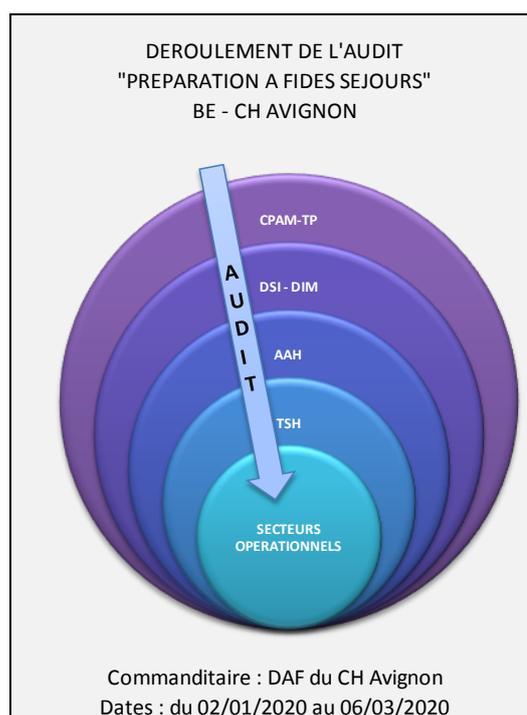
Le périmètre de l'audit est circonscrit au BE. Il inclut l'organisation, le contrôle interne, la qualité des données, le management et les liens avec les secteurs d'aval. Bien que connexes à FIDES-Séjours, le système d'information, la satisfaction des usagers et le DIM sont hors périmètre. Les auditer requiert des technicités spécifiques.

2.1.3 Etude des organisations : une approche systémique privilégiée

La facturation est un processus. Sa donnée d'entrée est l'admission du patient et sa donnée de sortie, l'émission d'une facture. La facture doit nécessairement être conforme pour pouvoir déclencher un règlement. Entre ces deux étapes, de multiples facteurs sont susceptibles d'impacter le contenu de la facture.

A ce titre, il est possible d'avoir une approche de type parcours pour évaluer à chaque étape l'efficacité et le degré de maîtrise du contrôle interne. Cette démarche présente l'avantage d'être simple, progressive et de permettre de vérifier la conformité des pratiques. Toutefois, cette démarche présente l'inconvénient de créer un effet de loupe sur les pratiques au dépend de l'analyse des organisations.

Aussi, une approche systémique semble plus appropriée pour cette mission afin de pouvoir croiser les informations et tester la qualité de fonctionnement des interfaces :



1. La directrice des affaires financières (DAF) étant le commanditaire, elle choisit de ne pas donner d'informations sur la performance pour éviter de biaiser la démarche. Les investigations débiteront donc par la CPAM et la Trésorerie afin de disposer de données chiffrées et d'appréciations par des tiers concernant le fonctionnement global de la chaîne de facturation. D'éventuels besoins ou pistes d'améliorations pourront ainsi être formulés par ces deux clients du processus.
2. Ensuite seront rencontrés le chef de projet informatique, le DIM, l'encadrement supérieur, l'encadrement de proximité.
3. Enfin, les différents secteurs opérationnels (guichets, facturation, contentieux) seront audités au regard des impératifs de contrôle interne de FIDES et des éléments collectés au cours des entretiens menés précédemment.

A l'issue des entretiens et des investigations menées sur les secteurs opérationnels, les préconisations seront priorisées et mises à disposition afin que des remarques puissent

être formulées et des réajustements effectués. L'approche systémique permettra de mieux appréhender les enjeux et la complexité propre à chaque niveau d'organisation.

2.2 L'identification des pistes d'amélioration de la chaîne AFR au regard du projet FIDES-Séjours

2.2.1 Réalisation des entretiens : un fonctionnement global satisfaisant mais une fonction de pilotage à clarifier

Conformément à la méthodologie exposée précédemment, six entretiens ont été menés avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Vaucluse, le trésor public, le chef de projet informatique, le DIM, l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité.

Les points clés permettant de qualifier le fonctionnement du BE au regard du projet ont été classés de manière synthétique sous forme d'un tableau à quatre rubriques⁴⁹ : points forts, facteurs facilitants, points de vigilance, facteurs de risques. Les comptes-rendus d'entretiens figurent en annexe. Il ressort de l'ensemble des entretiens que :

- Les données et la perception du fonctionnement global de la chaîne de facturation concordent entre les acteurs (CPAM, trésorerie, encadrement) ;
- La qualité du dialogue entre les trois structures facilite la régulation de certaines situations complexes ;
- Un système de suivi avec feed-back est organisé entre les trois structures pour assurer le pilotage de la facturation et du recouvrement ;
- La chaîne AFR du CHA fonctionne de manière satisfaisante, et ce de manière stable dans le temps ;
- Les interlocuteurs expriment disposer de compétences hétérogènes mais complémentaires pour mettre en place FIDES-Séjours ;
- Il existe un certain nombre de prérequis à mettre en œuvre avant reprise des tests en termes de système d'information ;
- L'organisation hiérarchique et la répartition des tâches entre encadrement supérieur, encadrement de proximité et secteurs opérationnels sont à redéfinir ou à clarifier ;
- L'encadrement de proximité est particulièrement qualifié pour le poste occupé ;
- Certaines compétences sont à renforcer auprès de certains secteurs opérationnels et une interface doit être créée avec le DIM ;
- L'absentéisme mobilise beaucoup de ressources au quotidien.

Après avoir qualifié le fonctionnement global du service, il convient à présent de compléter la démarche par une investigation plus poussée des secteurs opérationnels impliqués dans la facturation des hospitalisés.

⁴⁹ Cf. Annexe 4

2.2.2 Conception des outils d'audit : un processus facturation modélisé, des points critiques identifiés avec le rapport de certification des comptes et l'AAH

Il a fallu en premier lieu modéliser par un logigramme le processus de facturation des hospitalisés avec l'AAH. Il débute par l'admission du patient à l'accueil et s'achève par le travail effectué en contentieux. Il a été choisi de réaliser ce support pour :

- Répertorier chaque étape du processus pour que chaque acteur du projet dispose d'une vision commune ;
- Harmoniser la dénomination des tâches, secteurs et logiciels pour l'ensemble de l'équipe projet ;
- Pouvoir modéliser des améliorations et s'assurer de leur cohérence.

Après la modélisation du processus, les points critiques ont été identifiés à partir de la cartographie des risques issue des démarches de certification des comptes. Les risques dont le BE est référent et qui présentent un niveau moyen, élevé ou fort de criticité ont été sélectionnés⁵⁰. Selon cette cartographie, les principaux risques sont :

- Erreur d'identification ;
- Erreur de débiteur de la facture ;
- Problème d'exhaustivité des données soumises à valorisation ;
- Non facturation d'un dossier et non traitement d'un rejet de facture.

Etant donné l'ancienneté du rapport du commissaire aux comptes (2014) et pour faire correspondre des risques à des tâches, les points critiques ont été positionnés sur le logigramme dans la perspective de FIDES-Séjours par l'encadrement. Les tâches présentant un niveau de criticité élevé sont :

- Recherche d'une identité dans la base-patients, sélection d'une identité ;
- Sélection des débiteurs AMO, vérification du code risque et de l'exonération du ticket modérateur ;
- Contrôle des facteurs susceptibles de faire varier le taux de prise en charge ;
- Contrôle ultime du dossier et lancement de mises en facturation sans User⁵¹ ;
- Contrôle des ARL⁵², import et exploitation des rejets B2⁵³.

Ainsi, les différents clients du processus et l'encadrement du secteur ont permis de qualifier le fonctionnement global. Les principaux risques sont identifiés. Il convient à présent d'auditer les secteurs opérationnels.

⁵⁰ Cf. Annexe 5

⁵¹ Outil de sélection de dossiers dans la gestion administrative de malade (requête par codes).

⁵² Accusés de réception logiques : accusés de réception des fichiers informatiques par la CPAM.

⁵³ Rejets de factures selon la norme informatique prévue au cahier des charges FIDES.

2.2.3 L'audit des équipes : des grilles renseignées au cours d'entretiens individuels et des niveaux de compétences hétérogènes

La démarche générale de l'audit ainsi que les outils ont été élaborés avec les cadres du secteur. Conformément au périmètre de la mission, seule la filière chargée des hospitalisés a été concernée, soit trois secteurs : admissions, facturation et contentieux. L'audit ayant un intérêt à la fois évaluatif mais aussi pédagogique, dans le cadre de la préparation FIDES, l'évaluation du système devra prévaloir sur l'évaluation des pratiques.

A partir des points critiques, les risques ont été identifiés. Les actions à mener pour maîtriser ces risques ont été intégrées dans des items. Les items consistent à suggérer des actions de maîtrise de manière affirmative. L'ensemble a été intégré dans des grilles d'audit. Les réponses attendues seront donc positives ou négatives et accompagnées d'observations.

Pour la stratégie de déroulement de l'audit, trois modalités de déroulement ont été envisagées :

A) Modalité 1 : Intégration d'agents dans l'équipe d'audit

Chaque agent participe à l'audit de son propre secteur pour éviter de susciter des tensions entre bureaux.

Avantages :

- Implication dans la démarche ;
- Evite les conflits entre bureaux si chaque agent participe à l'audit de son propre secteur d'exercice ;
- Permet de prendre du recul sur les pratiques et que les informations soient relayées au sein du bureau.

Inconvénients :

- Risque de conflits si certains agents sont retenus plutôt que d'autres sans critère objectif ;
- Agents à la fois juge et partie.

B) Modalité 2 : Entretiens de groupes menés dans chaque secteur

Avantages :

- Facilité de mise en œuvre ;
- Tous les agents ont le même niveau d'information en même temps ;
- Permet de faire de la pédagogie sur FIDES-Séjours.

Inconvénients :

- La collecte d'information peut être biaisée si un agent influence la réponse des autres ;
- Tous ne participeront peut-être pas ;
- Ne met pas en évidence les disparités de pratiques ou de point de vue ;
- Incompatible avec les guichets.

C) Modalité 3 : Audit de chaque agent par entretien individuel

Avantages :

- Permet de présenter la démarche et d'échanger sur FIDES-Séjours de manière plus ciblée selon les besoins ;
- Expression de chacun facilitée à la différence d'une intervention en groupe ;
- Permet un traitement équitable des membres de chaque bureau pour limiter les conflits.

Inconvénients :

- Démarche plus chronophage et échéance contrainte.

Face au caractère potentiellement anxiogène de FIDES-Séjours et au risque de conflits⁵⁴, il est choisi avec l'encadrement de mettre en œuvre la modalité 3. Pour les guichets, il est décidé de randomiser six personnes selon leur code horaire, car ils ne peuvent être tous reçus du fait d'une équipe nombreuse. Les cadres jugent plus opportun de ne pas être présents aux entretiens. D'une part leur présence pourrait biaiser la nature des propos tenus, d'autre part elles préfèrent qu'un anonymat soit respecté quant aux résultats. Aussi, pour qu'il y ait un contradictoire sur les déclarations, elles commenteront les résultats a posteriori.

⁵⁴ Lié à la disparité de traitement au cas où seuls certains agents auraient été associés comme auditeurs.

L'échantillon sera composé de 6 agents d'admission sélectionnés par randomisation, des 6 agents de l'équipe de facturation des hospitalisés et des 4 agents qui composent l'équipe chargée du contentieux. Un planning des entretiens a été formalisé⁵⁵.

2.2.4 L'audit des outils de pilotage : un contrôle interne à renforcer

Selon l'encadrement, différentes requêtes sont à disposition pour suivre et piloter le processus facturation. Lancées à des intervalles plus ou moins importants (de tous les jours à une fois par trimestre), elles permettent de suivre des indicateurs et d'obtenir des listes de travail. Toutefois, Le contrôle interne du processus de pilotage n'est pas formalisé et les indicateurs de suivi sont disparates.

Dans le fonctionnement actuel, chaque agent est amené à gérer son travail de manière massifiée et au fil de l'eau (file d'attente au guichet, traitement des entrants, des sortants et des dossiers en cours en facturation, pile de courrier en contentieux hors B2). Or la logique de FIDES-Séjours consistera, à l'inverse, à traiter les dossiers de manière priorisée pour maintenir un niveau de trésorerie suffisant. D'où le besoin d'élaborer des outils de pilotage partagés et propres à chaque secteur.

En attendant le déploiement de ROC, une vigilance doit être accordée au suivi du contentieux hors B2. Peu dématérialisé, la gestion sous format papier crée des doublons de vérification et rend la formalisation d'un tableau de suivi d'avancement trop chronophage. Il n'y a pas de tableau de bord partagé entre la directrice des finances, le contrôle de gestion et l'encadrement du BE pour aider au pilotage et à la décision.

2.2.5 Des préconisations hiérarchisées pour une feuille de route spécifique à chaque secteur

Les données issues des entretiens menés avec la CPAM, la trésorerie et l'encadrement concordent lorsqu'elles sont croisées :

- Le BE du CHA fonctionne de manière satisfaisante et le dialogue entre les institutions est de qualité ;
- Le processus de pilotage de chaîne de facturation et des ressources humaines mérite d'être renforcé ;
- La reprise des tests est soumise à des impératifs techniques relevant du système d'information hospitalier (SIH).

L'exploitation des données collectées lors des audits (guichets, facturation, contentieux) a été soumise au préalable à l'encadrement pour respecter un contradictoire. Les cadres ont apposé un commentaire d'approbation ou de modération pour chaque résultat de

⁵⁵ Cf. Annexe 17

chaque item. Ensuite, les observations de l'encadrement ont été passées en revue lors d'un entretien avec l'AAH du secteur.

Chaque élément collecté lors des entretiens ou des visites sur place a fait l'objet d'une préconisation puis a été priorisé par un code couleur. Les tableaux de synthèse ont été bâtis à partir des outils d'entretiens⁵⁶ :

- **Rouge** : prioritaire à court terme (criticité élevée ou socle d'autres réorganisations)
- **Orange** : à réguler à moyen terme dans le cadre du projet
- **Vert clair** : à réguler à long terme
- **Vert foncé** : régulation facultative

Ainsi, une feuille de route composée d'actions concrètes peut être déterminée pour chaque secteur.

L'ensemble a été soumis au commanditaire et une phase de contradiction a à nouveau été respectée pour vérifier la pertinence des préconisations avant mise en place. Le contenu du rapport ainsi que les préconisations ont été présentés à la directrice des finances ainsi qu'à l'attachée d'administration. Une restitution élargie n'a pu être réalisée en raison de la situation de crise sanitaire. Une reprogrammation ultérieure est envisagée sous réserve de possibilité.

Ainsi, la réglementation et les référentiels ont donné un périmètre. Les étudier a permis de mieux comprendre FIDES-Séjours pour pouvoir communiquer de manière adaptée aux différents interlocuteurs. L'audit a permis d'évaluer le fonctionnement au regard des spécifications organisationnelles et techniques induites par FIDES-Séjours pour maîtriser les impacts sur la trésorerie. Les agents ont eu la possibilité de s'exprimer et l'encadrement a pu valider ou nuancer certaines propositions. L'encadrement a également été impliqué dans la construction du déroulement de l'audit en tant que futur porteur de la démarche. Chaque acteur a donc eu un rôle à jouer dans la construction du projet, à partir des constats issus de son quotidien.

Cependant, l'approche systémique depuis le niveau stratégique jusqu'au plus près du terrain a mis en évidence que d'autres besoins seraient à prendre en considération. Au-delà des seules spécifications techniques et organisationnelles liées à FIDES-Séjours, ces besoins, plus globaux, portent notamment sur le management, la gestion des compétences et les déroulements de carrières. Ce constat semble récurrent au sein des BE, secteurs devenus tardivement stratégiques, à l'aune de la T2A et du projet FIDES⁵⁷. Le besoin de reconnaissance institutionnelle des équipes des bureaux des entrées est un

⁵⁶ Cf. Annexe 12

⁵⁷ Cf. Supra

facteur à investiguer pour mieux comprendre dans quel contexte FIDES-Séjours va être déployé, identifier un levier potentiel d'accompagnement au changement et pouvoir adapter stratégiquement la communication. A ce titre, il est décidé de compléter ce travail par l'étude de certaines caractéristiques historiques et sociologiques des BE. Ces investigations permettront de mieux comprendre la situation du CHA afin de pouvoir l'objectiver. Enfin, des préconisations seront formulées afin d'optimiser la répartition des tâches et des compétences. L'objectif est de profiter de la mise en place de FIDES-Séjours pour mieux répartir les compétences et par là même, renforcer l'employabilité des agents du BE.

2.3 Les équipes des bureaux des entrées : un historique parfois difficile et un management spécifique

2.3.1 L'image des bureaux des entrées peu valorisée : conséquence d'un système de financement globalisé

Pour comprendre le profil des équipes des BE, il convient au-préalable de resituer quelques éléments de contexte. Parmi les agents actuellement en poste, les plus anciens ont commencé leur carrière dans la deuxième moitié des années 1970. Or, le contexte de l'emploi de cette période est caractérisé par, notamment, l'apparition d'un chômage important, la massification de l'accès aux études secondaires⁵⁸ et une certaine poussée technologique.

Ces événements auront, entre autres, pour conséquences : l'émergence d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences⁵⁹, un plus large accès aux études supérieures et la transformation de nombreux métiers du fait d'une informatisation galopante. L'ensemble a renforcé l'exigence de qualifications face à des emplois plus rares et plus techniques.

Concernant le milieu hospitalier, le contexte de la fin des Trente Glorieuses a d'autant plus incité à encadrer l'évolution des dépenses d'assurance maladie face à la situation économique, donc a concouru à la mise en place de la DGF. Il été explicité précédemment dans quelle mesure cette réforme a maintenu les secteurs de facturation dénués d'enjeu stratégique, faute d'impact financier significatif sur les recettes des établissements. A cela s'ajoute le fait que les BE sont une spécificité des établissements de santé et relativement hétérogènes. En effet, certains services, au-delà de la gestion

⁵⁸ Sous l'influence de la loi Haby du 11 juillet 1975, l'unification du collège a entraîné une augmentation du nombre d'élève admis au lycée.

⁵⁹ BABORE X. in PIGNY F., En quoi la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose-t-elle aujourd'hui à l'hôpital public ?, Mémoire EHESP, 2008, p.8

administrative du malade⁶⁰, peuvent être chargés de missions telles que, par exemple : le standard, du secrétariat médical, les procédures d'état civil. Enfin, les agents des BE relèvent majoritairement du corps des adjoints administratifs et ce dernier n'exige pas de qualification professionnelle.

De ce fait, et contrairement au mouvement de technicisation des emplois, les postes d'admission et facturation sont restés longtemps occupés par des personnes peu ou non qualifiées. Ils sont relativement accessibles, notamment dans le cadre d'une recherche d'emploi temporaire ou permanent. La DGF et le retard pris dans l'informatisation du domaine de la santé en général, ont contribué à faire perdurer jusqu'en 2006 le faible niveau de qualification ou de compétences requis. Cependant, le fait que d'autres métiers se soient progressivement technicisés a entraîné une réduction des postes administratifs polyvalents. Cette transformation de la typologie des emplois hospitaliers a entraîné un double effet sur les équipes des BE : les perspectives de mobilité ont diminué et de plus en plus personnes en reclassement professionnel⁶¹ y ont été positionnées. Sachant que les BE ont en plus une organisation relativement pyramidale, y être affecté a parfois pu être considéré comme une punition pour raison disciplinaire⁶².

Pour toutes ces raisons les BE véhiculent historiquement une image dégradée. La diversité des profils, l'absence de formation spécifique et l'affectation parfois subie ont probablement contribué à renforcer la dévalorisation du secteur et à générer des besoins managériaux spécifiques. Le besoin de valorisation dans le management à travers l'identification de compétences spécifiques est un facteur important à prendre en considération dans le pilotage du projet.

2.3.2 A partir de la T2A, de nouveaux besoins en termes de compétences

Comme cela a été démontré précédemment, à partir de la T2A et surtout de FIDES, l'introduction d'un enjeu financier et la technicisation des chaînes de facturation a impliqué de nouvelles compétences dont l'acquisition peut être encore à ce jour hétérogène. La T2A a renforcé le caractère stratégique de la facturation et du recouvrement dans la mesure où ils contribuent à l'équilibre financier. Elle a également contribué à une informatisation rapide des chaînes de facturation hospitalières.

⁶⁰ MALLET D., Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen, Mémoire ENSP, 2003, p.12

⁶¹ ANAP, Référentiel des activités et des compétences/ Chaîne Accueil - Facturation – Recouvrement, 2018, p.6

⁶² MALLET D., Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen, Mémoire ENSP, 2003, p.20

La mise en œuvre de la tarification à l'activité, (...) a contribué à bouleverser le contexte informatique des établissements de santé⁶³.

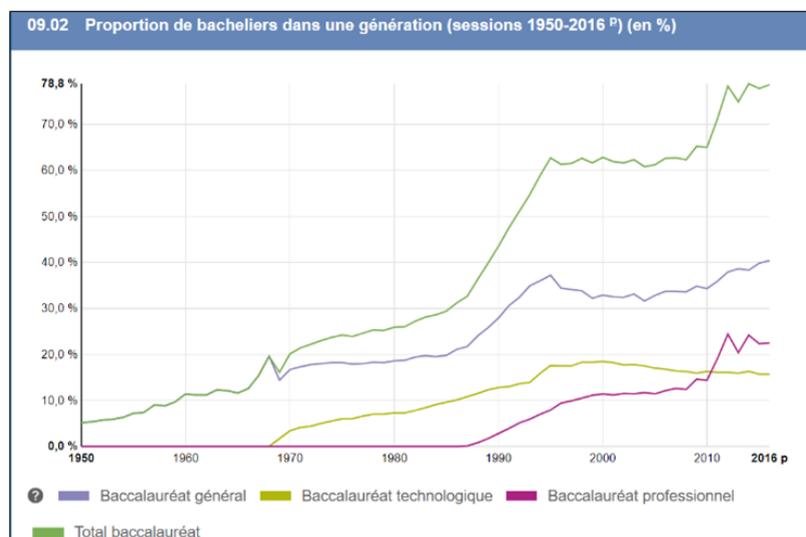
La forte évolution des métiers du BE liée à la T2A, majorée lors de la mise en place de FIDES, a impliqué une importante montée en compétences en quelques années. Ces bouleversements dans les méthodes, les contenus et l'organisation du travail ont été particulièrement soutenus entre 2006, date de mise en œuvre effective de la T2A et 2013, date de déploiement de FIDES-ACE. Au-delà des aspects organisationnels, la place même des BE dans les établissements a évolué sous l'effet de la T2A, impactant de fait la gestion de leurs ressources humaines.

Le sujet facturation directe est encore trop souvent, un sujet confiné dans l'espace des services financiers et informatiques (la télétransmission) et des services d'admission et de facturation. Ces derniers doivent passer d'une fonction relativement négligée depuis la dotation globale à celle de nœud essentiel de la chaîne des recettes.⁶⁴

A ces mutations profondes, il convient également de considérer la situation démographique des professionnels de la FPH sur cette même période. Une vague importante de départs en retraite a eu lieu entre 2005 et 2013, y compris pour les catégories passives⁶⁵. A cette occasion, les équipes ont été soit rationalisées, soit recomposées avec de nouveaux entrants. Des modifications d'effectifs et de profils ont donc été significativement introduites durant cette période, en plus des transformations touchant à la nature même du travail.

En effet, les nouveaux entrants sont davantage bacheliers, voire diplômés de l'enseignement

supérieur⁶⁶ ce qui influence le notamment le niveau de compétences et l'habileté avec l'outil informatique. L'ensemble de ces facteurs a créé naturellement des disparités entre les membres d'une même équipe.



Source : Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

⁶³ JÉGOU J.-J., Rapport d'information n° 62 fait au nom de la commission des finances du Sénat, 2005

⁶⁴ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, p.33

⁶⁵ https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2018/Vue-Departs_a_la_retraite-2018.PDF

⁶⁶ https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_09-les_etudiants_dans_les_filières_de_formation_depuis_50_ans.php

La problématique sera d'autant plus importante dans la perspective de FIDES-Séjours au regard de la complexité du projet et de ses impacts dans le quotidien d'un service de facturation.

Au CHA, le constat est identique à ce qui a été décrit précédemment. La maîtrise de l'outil informatique et les compétences liées à la facturation au fil de l'eau sont relativement hétérogènes. La logique de transmission entre agents et la forte mobilisation de l'encadrement sur des problématiques quotidiennes font que l'accompagnement au changement concernant l'évolution des processus de travail est à renforcer pour clarifier les attendus institutionnels et mieux répartir les différentes compétences.

2.3.3 La formation initiale et continue : un point de fragilité

L'absence de formation initiale type et l'hétérogénéité des profils des agents⁶⁷ ont pour conséquence que la formation est assurée par les membres de l'équipe, ou plus rarement par l'encadrement. L'acquisition de compétences repose alors principalement sur un système de transmission depuis un agent plus ou moins expert vers un agent novice. Ce fait présente des avantages en termes d'adaptation à l'emploi et peut constituer une source de valorisation pour les agents experts. Toutefois, le travers est que des pratiques non actualisées, et par conséquent désindexées du besoin institutionnel, peuvent être perpétuées et légitimées.

Au CHA, cela contribue à stratifier les relations entre les membres plus anciens et plus récents des équipes. Cette stratification se perçoit au niveau des postes occupés, donc au niveau géographique du fait que les plus jeunes sont davantage positionnés à l'accueil et les plus anciens davantage en facturation⁶⁸.

Au niveau de l'encadrement les profils sont tout aussi hétérogènes, notamment depuis la T2A et la technicisation du processus de facturation (recrutement de profils financiers, informatiques, anciens agents du BE...). L'ensemble des changements évoqués précédemment a induit un besoin d'évolution des compétences y compris au niveau de l'encadrement.

Une évolution des profils requis pour le management intermédiaire est également soulignée. Souvent, ce sont des experts qui ont été promus. Or, il est attendu aujourd'hui plus de compétences en management d'équipe pour accompagner les transformations, ce qui ne correspond pas toujours aux profils et compétences détenues⁶⁹.

⁶⁷ NOHARET M., Le rôle du BE 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, p.64

⁶⁸ Cf. Annexe 10

⁶⁹ ANAP (2018), Référentiel des activités et des compétences/ Chaîne Accueil - Facturation – Recouvrement, 2018, p.6

De plus, les BE sont souvent composés d'équipes nombreuses, au contact direct du public et du soin, donc avec des contraintes horaires non répandues aux autres services administratifs.

Concernant la formation continue, des sessions de formation sur FIDES, notamment sur FIDES-Séjours, ont été organisées pour l'équipe du BE du CHA. Toutefois, le retard de déploiement du projet fait qu'elles sont considérées par les agents rencontrés lors de l'audit comme anciennes. De plus, elles auraient reflété insuffisamment l'impact de FIDES-Séjours dans leur quotidien.

Face à la logique de transmission, il sera important pour certaines tâches de les formaliser et les avaliser institutionnellement. L'encadrement semble l'échelon le plus adapté pour assurer les formations et l'accompagnement au changement vers l'harmonisation des pratiques. Le fait que les équipes soient nombreuses nécessitera d'intervenir méthodologiquement selon des périmètres d'intervention.

Enfin, les agents ont reproché aux formations dont ils ont bénéficié qu'elles n'étaient pas suffisamment concrètes. Il s'agit d'un facteur à prendre en considération dans l'accompagnement. Ce point fait écho à une étude menée en 2018 par un élève de l'EHESP sur les BE de différents établissements concernant la facturation au fil de l'eau.

La formation en présentiel doit être revisitée dans son ingénierie et complétée par des approches à la fois plus novatrices et plus proches des réalités du terrain. Afin de favoriser les transformations en cours, il paraît indispensable (...) d'autonomiser les acteurs en leur offrant la possibilité de se former tout en étant acteur du changement au quotidien.⁷⁰

Privilégier dans un premier temps les tâches sur les compétences, puis faire participer à la co-construction du dispositif pour encourager l'autonomisation des acteurs permettra probablement que le pragmatisme aide à donner du sens et que chacun apporte une valeur ajoutée selon son niveau d'intervention dans le processus, qu'il soit cadre ou agent d'exécution.

Un plan d'actions spécifique est donc nécessaire pour soutenir la montée en compétence dont a besoin le CHA pour que son secteur de facturation soit plus efficient au regard du cahier des charges de FIDES-Séjours et des impératifs de maîtrise du BFR. Il convient donc à présent d'objectiver certaines caractéristiques de l'équipe en termes de gestion des ressources humaines pour définir une stratégie adaptée à l'établissement.

⁷⁰ GERVAISE V. in SECK H., Optimiser une chaîne Admission-Facturation-Recouvrement en pleine transformation numérique, l'exemple d'une réorganisation menée aux Hôpitaux de Saint-Maurice objectivée par une enquête hospitalière comparative, Mémoire EHESP, 2018, p.50

2.4 Les caractéristiques de l'équipe du bureau des entrées du CH d'Avignon

Afin de d'objectiver les caractéristiques de l'équipe, une requête a été demandée au contrôleur de gestion du service des ressources humaines. Les critères requêtés ou calculés au moyen d'un tableur sont : sexe, âge, statut, grade, ancienneté au CHA, ancienneté au BE, UF d'affectation, quotité, ETP. Le périmètre porte sur l'ensemble des agents du BE, urgences incluses, hors encadrement.

Le niveau de qualification n'est pas disponible dans les bases de données. Il n'est pas non plus disponible pour les agents les plus anciens dans les dossiers papiers. Il aurait été intéressant d'objectiver l'évolution éventuelle du niveau de qualification des recrutements. Mais tous les agents ne pouvant être considérés de la même manière dans le traitement des données, ceci peut constituer un biais lors de l'exploitation. Aussi le critère qualification ne peut être retenu. Les données ont été extraites à partir du logiciel de gestion des ressources humaines et soumises à l'attachée d'administration du BE pour vérification.

2.4.1 Des équipes plus âgées, plus féminines, exerçant davantage à temps partiel que la moyenne de la FPH

L'équipe est composée de 56 personnes physiques représentant un effectif de 51,9 ETP. 3 agents, sont actuellement en arrêt de travail pour une période prolongée, leur quotité représente 2,8 ETP. Sachant qu'ils émargent toujours sur les effectifs du service, leurs profils ont été maintenus pour exploiter les données. Avec 5 agents masculins, l'équipe est majoritairement féminine à hauteur de 91%. Ce taux est supérieur à celui de l'effectif de la FPH⁷¹, féminin à 78%. L'intervalle des âges est de 23 à 62 ans. L'âge moyen de 43,75 ans est supérieur à l'âge moyen de la FPH qui est de 41,8 ans. La part des plus de 50 ans représente près du tiers de l'effectif soit 32,14%. Ce taux est à nouveau supérieur à celui de la FPH (29,9%).

1 homme sur 5 travaille à temps partiel soit 20% de l'effectif masculin de l'équipe. Cela est supérieur aux 6% de la FPH mais le fait que l'échantillon soit restreint biaise la lecture du résultat. 14 femmes sur 51 travaillent à temps partiel soit 27,45% ce qui est supérieur aux 23% dans l'ensemble de la FPH. La classe d'âge la plus représentée dans l'équipe est la tranche de 40 à 49 ans.

Classe d'âge	Effectif	Âge moyen
60 et plus	2	61,5
50 à 59	16	54,31
40 à 49	20	44,15
30 à 39	13	34,62
20 à 29	5	25

⁷¹ Ministère de l'action et des comptes publics, Fonction publique chiffres clé 2018, 2019

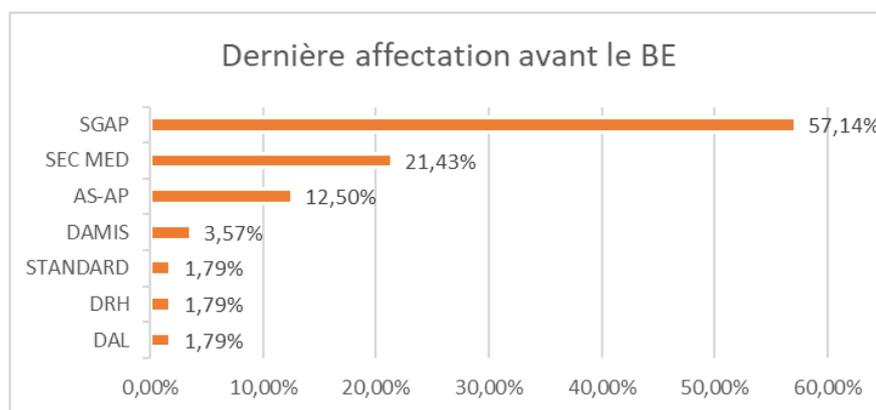
2.4.2 Une part significative de recrutements en interne, des profils divers, plus de la moitié de l'équipe renouvelée depuis 2010

Sur le plan statutaire, l'équipe est composée de 40 agents titulaires et 1 agent stagiaire. Elle est composée également de 15 agents contractuels, dont 12 sur emploi permanent, ce qui représente 26,78%. Ce taux est supérieur à celui de la FPH qui est de 21,4%.

Les agents du BE ont exercé en moyenne 14,64 ans au CHA contre 11,92 ans en moyenne au BE. Une mobilité moyenne de 2,72 ans est donc constatée avant affectation au BE. En effet, 24 agents ont exercé dans un autre secteur du CHA avant d'intégrer le BE. A l'instar des autres BE, les secteurs d'exercice professionnel au sein du CHA, avant affectation au BE, sont hétérogènes.

57,14% des effectifs actuellement en poste ont été recrutés directement au BE et 42,86% ont exercé auparavant au sein d'autres secteurs. Il s'agit par ordre décroissant : des secrétariats médicaux, des services de soins en qualité d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture, des services techniques, du standard, de la direction des ressources humaines et enfin de la logistique.

Outre la diversité des profils, ceci implique également que près de la moitié des effectifs actuels sont issus de redéploiements



internes et non de recrutements externes.

La répartition des recrutements révèle une importante accélération des recrutements non pas entre 2003 et 2015 comme dans l'ensemble de la FPH⁷², mais entre 2010 et 2019. Au cours des 10 dernières années, le BE a accueilli 32 nouveaux agents, ce qui implique un renouvellement de 57,14% de l'effectif physique actuel. Ces recrutements sont consécutifs à des départs en retraite, des congés parentaux ou des absences prolongées pour raison de maladie. L'intégration de ces 32 agents est donc intervenue au cours de la période de préparation puis de déploiement de FIDES-ACE.

Période	Nb d'affectation SGAP
Avant 2000	9
2000 à 2004	8
2005 à 2009	7
2010 à 2014	15
2015 à 2019	16

⁷² Cf. Supra

2.4.3 Des agents recrutés en moyenne à 29 ans, un avancement tardif, des profils de compétences hétérogènes et indépendants de l'ancienneté

L'âge moyen de recrutement au CHA de l'ensemble des membres de l'équipe est de 29,10 ans et l'âge moyen des personnes recrutées depuis 2010 est de 32,8 ans. Les recrutements directement à l'issue d'un cursus scolaire sont donc très minoritaires. A l'exception d'un agent auxiliaire de puériculture, les autres membres de l'équipe relèvent tous à ce jour du corps des adjoints administratifs, quelle que soit leur origine professionnelle.

Pour le premier grade du corps, l'âge minimum est de 23 ans et l'ancienneté minimale d'1 an. L'âge moyen des 40 personnes qui le composent est de 40,53 ans.

Le second grade relève d'un accès promotionnel. Il implique des conditions d'ancienneté et d'échelon. L'âge moyen de 50,53 ans est de 10 ans supérieur à celui du premier grade. Au regard des effectifs actuels, son âge minimum est de 40 ans pour un effectif de 12 personnes, accessible après un minimum de 15 ans d'ancienneté au CHA.

Le troisième grade relève également d'un accès promotionnel impliquant des conditions d'ancienneté et d'échelon. L'âge minimum est de 57 ans et l'âge moyen de 60 ans. Il s'agit donc actuellement d'un grade relevant strictement à la fin de carrière. Il concerne 3 agents. Au plus tôt, un agent a pu y accéder après 21 ans d'ancienneté au CHA.

Pour comprendre cet état de fait, il est important de rappeler que, certes, l'âge moyen d'entrée au CHA des personnes en poste est proche de 30 ans, mais aussi que le corps des adjoints administratifs était composé de 4 grades avant la réforme du statut en 2016. Depuis, il a été réduit à 3 grades. Aussi au fil des années, ce troisième grade devrait progressivement être atteint plus tôt, et être composé d'un effectif plus important.

Grade	Effectif	Âge moyen	Ancienneté au CHA minimale	Âge minimum
Adjoint Admin. Ppal 1cl	3	60,00	21	57,00
Adjoint Adm Ppal 2cl	12	50,58	15	40,00
Adjoint Administratif	40	40,53	1	23,00

Au regard des aspects évoqués précédemment et en l'absence de support dédié, il convient à présent de tenter d'objectiver comment sont réparties les compétences à l'échelle du service. Il est possible de définir des domaines de compétences en les découpant selon les différents types de postes du BE : admissions, gestion des ACE, gestion des hospitalisés, pool, régies, contentieux, admissions des urgences. En effet, chaque poste dispose de savoirs, savoir-faire et savoir-être spécifiques.

De plus, la mobilité d'un poste à l'autre correspond à la manière de faire évoluer un agent au sein du secteur. Le découpage par poste pour définir des domaines de compétences semble donc le plus intuitif. La mobilité des agents sur les différents postes peut ainsi être modélisée à l'aide d'une matrice des compétences.

La matrice consiste à :

- Répertorier l'identité des membres de l'équipe (en colonne) ;
- Lister les différents postes de travail (en ligne) ;
- Identifier par un caractère « X » les différents secteurs où chaque agent est amené régulièrement ou ponctuellement à exercer selon les besoins du service.

Après lui avoir explicité la démarche, l'attachée d'administration a été chargée de compléter la matrice sur tableur. Afin de faciliter l'exploitation des données, le caractère « X » a été ensuite remplacé par le caractère « 1 » pour pouvoir consolider des valeurs absolues en ligne et en colonne⁷³.

Enfin, les données ont été intégrées à la suite de la base de données réalisée précédemment. Le support final permet de croiser des données administratives par agent et des profils de compétences.

Au total, les 56 membres de l'équipe du BE peuvent honorer 102 affectations sur les différents postes. En moyenne, chaque agent maîtrise donc 1,82 postes. Parmi les 7 postes du BE, un agent occupe au minimum 1 poste et au maximum 4 postes. La répartition entre agent est donc a priori hétérogène, il convient alors de préciser dans quelles proportions.

25 agents sur 56 peuvent occuper 2 postes différents (soit 44,64% de l'équipe). 21 agents sur 56 ne maîtrisent qu'1 poste. Seuls 9 agents maîtrisent 3 postes, et 1 agent peut assurer 4 postes. La mobilité ne suit pas un gradient selon l'ancienneté au CHA ou au BE.

Âge	Effectif	Nb moyen de secteurs maîtrisés
60	2	2
50	16	1,75
40	19	1,78
30	13	2
20	5	1,8

Les personnes ayant le plus d'ancienneté au CHA ne maîtrisent qu'un poste, toutefois ce groupe ne dispose pas de la moyenne d'âge la plus élevée.

Nb compétences	Effectif	%	Ancienneté moyenne CHA	Ancienneté moyenne SGAP	Âge moyen
2	25	44,64%	13,76	11,76	41,16
1	21	37,50%	16,10	12,10	45,57
3	9	16,07%	14,67	12,67	47,78
4	1	1,79%	6,00	6,00	34,00

L'ancienneté moyenne au BE est relativement homogène dans toutes les catégories et n'apparaît pas comme un critère discriminant dans la répartition des compétences.

⁷³ Cf. Annexe 13

Si l'on considère que chaque poste dispose d'un domaine de compétence spécifique, l'exploitation de données permet de dresser un profil des agents au sein d'un domaine de compétence, et non pas selon son secteur principal d'affectation. L'objectif est de déterminer le profil des agents amenés à exercer dans certains postes.

Champs de compétences	Effectifs	Âge moyen	Tx de contractuels	Ancienneté CHA	Ancienneté SGAP	Nb moyen de compétences
Régies	2	58	0,00%	38	38	2,5
Contentieux	5	43	0,00%	16	15,83	2,2
ACE	6	49	0,00%	17,83	16,02	2,33
Pool	8	43	37,50%	7,87	5,62	3
Hospitalisés	15	45	6,67%	17,74	16,46	2,46
Urgences	23	40	56,52%	9,73	6,56	1,73
Admissions	43	44	27,91%	14,65	12,01	2,02

En termes d'effectif, le domaine de compétences Admissions est celui qui est le plus partagé au sein de l'équipe. Il est maîtrisé par 43 agents sur 56, soit près de 77% des agents du BE. Le deuxième domaine de compétences le plus partagé est celui des Urgences avec 23 agents, suivi de la gestion des Hospitalisés maîtrisé par 15 agents.

Les âges moyens les plus élevés sont en Régie, Gestion des ACE puis Gestion des hospitalisés, soit, des postes de back-office. Cette répartition correspond également aux agents ayant le plus d'ancienneté au CHA et au BE. Les Urgences et le Pool sont les deux secteurs où l'ancienneté au BE est nettement inférieure à la moyenne.

Les 15 agents contractuels exercent majoritairement aux Urgences, puis au Pool et aux Admissions. Il n'y a pas d'agent contractuel en Régie, Gestion des ACE et Contentieux. Les agents les plus polyvalents ont dans leur panel de compétences le Pool, la Régie et la Gestion des Hospitalisés. Ceux qui exercent en Admissions et aux Urgences sont les moins polyvalents.

Ainsi, les secteurs d'accueil (Admissions et Urgences) accueillent la plupart des agents contractuels dans la mesure où ils sont le point d'entrée dans le BE et qu'ils représentent les postes présentant le plus de contraintes, notamment horaires. Les sujétions liées à l'accueil sont donc un frein au partage de compétences. Ce dernier est plus facile une fois l'agent affecté sur un poste de back-office. A ce titre, il est important de noter que le renfort d'autres secteurs est inclus dans le travail du Pool et de la Régie, d'où une certaine polyvalence. Le fait que la polyvalence face partie d'un profil de poste est donc un principe de promotion du partage de compétences.

Les données confirment que la polyvalence ne suit pas un gradient selon l'âge mais dépend davantage du poste occupé, certains y étant plus propice que d'autres. Cet aspect est à mettre en parallèle avec la préconisation de créer un nouveau pool pour libérer du temps d'encadrement, formulée lors de l'audit.

2.5 Une répartition des tâches à redéfinir et des savoir-faire à harmoniser au sein des secteurs

2.5.1 Des tâches à redéployer des cadres vers les équipes en constituant un groupe d'agents experts pour assurer l'interface avec le DIM

Dans la perspective de FIDES-Séjours, l'audit a mis en évidence des besoins à plusieurs niveaux.

D'une part un déséquilibre au niveau de l'encadrement. L'encadrement supérieur est fortement impliqué dans la gestion quotidienne et l'encadrement de proximité missionné sur des tâches plus circonscrites. De ce fait l'accompagnement des agents pour monter en compétences dans le cadre de FIDES n'est pas possible actuellement.

D'autre part, il est nécessaire de créer un bureau d'agents experts en charge d'assurer la fonction d'interlocuteurs uniques avec le DIM concernant les mouvements, l'identitovigilance et l'exhaustivité du dossier concernant le PMSI⁷⁴. Il s'agit d'un élément nécessaire à la coordination future entre les deux secteurs.

Le tout doit tenir compte du fait que l'établissement fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier. A défaut de recrutements possibles, une optimisation des ressources humaines existantes doit être privilégiée.

En ce qui concerne l'encadrement, plusieurs entretiens réalisés avec l'attachée d'administration ont permis de mieux comprendre l'historique de cette situation et de confirmer le diagnostic posé lors de l'audit : les missions propres à l'encadrement supérieur et de proximité sont à clarifier, pour les cadres eux-mêmes, mais aussi pour les agents. L'indistinction dans la réalisation des tâches de pilotage, le fait que l'attachée d'administration ait souvent été amenée à exercer seule par le passé et le niveau moindre de maîtrise de la TSH (plus jeune en âge et dans la fonction) sont des facteurs de déséquilibre de la pyramide décisionnelle du BE.

De plus l'attachée détient les compétences liées à FIDES-Séjours du fait qu'elle est impliquée depuis le début dans le projet. Elle doit donc pouvoir dédier du temps pour assurer la transmission aux agents dans le cadre de la montée en compétences nécessaire au projet. Pour cela, il lui faut réaliser moins de tâches relevant de l'encadrement de proximité ou des secteurs opérationnels et plus de formation et supervision de la chaîne de facturation. Il s'agit d'un temps également indispensable à la coordination avec le DIM.

Concernant la répartition des tâches au sein de l'équipe opérationnelle, l'interface avec le DIM est un élément essentiel. Outre le fonctionnement avec le logiciel MOCA pour prioriser la facturation et la création de procédures spécifiques pour organiser

⁷⁴ Cf. Annexe 9

concrètement la collaboration, cette interface nécessite l'acquisition de compétences spécifiques. Ne pouvant travailler sur les deux premiers aspects en raison de l'indisponibilité de la nouvelle version de MOCA et du fait du bouleversement induit par la gestion de la crise sanitaire, ce travail sera orienté sur le volet compétences. Il s'agit notamment de connaître le rôle du DIM et ce qu'implique le codage, disposer de notions de PMSI pour parler un langage commun, être capable de modéliser l'impact des mouvements dans la facturation pour pouvoir les corriger à bon escient, etc...

Au-delà de ces compétences permettant le dialogue, il convient méthodologiquement d'éviter la multiplicité d'interlocuteurs, tant pour faciliter les échanges avec le DIM, que pour faciliter le pilotage d'une interface sensible par l'encadrement. Aussi, cette interface doit reposer sur un nombre restreint d'agents formés avec des missions et une localisation bien identifiable au niveau institutionnel.

De plus, le lien avec FIDES-Séjours et le DIM est une opportunité de créer des postes valorisants car ils disposent d'une technicité spécifique dans le prolongement de ce qu'a permis FIDES-ACE avec la mise en place de la B2.

2.5.2 Une cartographie des tâches formalisée

Au regard des déséquilibres de la pyramide décisionnelle évoqués précédemment, une redistribution verticale des tâches entre les fonctions d'encadrement et opérationnelles est à organiser. Aussi, une cartographie des tâches⁷⁵ par fonction a été formalisée au cours de plusieurs séances de travail avec l'attachée d'administration (4 heures) afin d'objectiver l'organisation actuelle et de créer un support d'échange et d'aide à la réflexion.

L'encadrement de proximité n'a pas été associé afin de renforcer la capacité de décision de l'AAH et qu'elle puisse prendre du recul, tant sur la nature des relations hiérarchiques avec sa collaboratrice que sur ses attentes en tant que de supérieure hiérarchique. La construction de cette cartographie a consisté à segmenter l'activité du BE en différents processus (management, admissions, facturation, transverses, gestion des non-conformités). Au sein de chaque processus les différentes fonctions (AAH, TSH, admissions, régies, facturation des ACE, facturation des hospitalisés, pool, contentieux) ont été identifiées.

Enfin, au sein de chaque fonction, les différentes tâches réalisées ont été répertoriées. Outre les séances de travail commun, l'attachée d'administration a fait également évoluer le support par elle-même entre les séances.

⁷⁵ Cf. Annexe 14

Une fois l'existant mis en forme, il a été demandé à l'AAH de réaliser le même exercice en respectant les spécifications suivantes :

- Ne laisser à l'AAH que des tâches relevant de l'encadrement supérieur, notamment le pilotage de la montée en compétences dans la perspective de FIDES-Séjours ;
- Ne laisser à la TSH que des tâches relevant de l'encadrement de proximité ;
- Créer un nouveau bureau avec 2 ou 3 agents qui seront formés à FIDES-Séjours et seront chargés d'assurer l'interface avec le DIM et pourront absorber certaines tâches effectuées à ce jour par l'encadrement.

L'exercice ayant été réalisé une première fois, l'AAH a pu être plus autonome dans la réalisation de cette nouvelle cartographie. Il s'est agi de définir à partir de l'organisation existante quelles tâches pourraient être redéployées, ajoutées ou déléguées par l'encadrement en incluant un groupe d'agents supplémentaires. Pour cela, chaque tâche a été passée en revue pour les fonctions d'encadrement afin d'identifier leur niveau stratégique (encadrement supérieur, de proximité ou opérationnel). Selon, la tâche a été supprimée d'un poste (en vert) et rajoutée sur un autre (en rouge). De même, pour chaque tâche réaffectée a été mentionné à chaque fois la fonction cible.

Ainsi, parmi les 9 tâches supprimées du poste d'AAH, 4 ont été redéployées sur le poste de TSH et 5 sur des secteurs opérationnels. De même, un nouveau groupe fonctionnel a pu être défini en redéployant les effectifs depuis la facturation des ACE et de l'hospitalisation permettant de favoriser la polyvalence. Un agent du guichet serait également formé pour renforcer le dispositif si besoin. Ceci permet de prévoir la polyvalence dès la conception du poste conformément aux résultats de l'analyse de données par compétence⁷⁶. En termes de localisation, un bureau disponible a été identifié dans les locaux du BE et il contient trois postes informatiques.

Après finalisation du support, il a été demandé à l'AAH de le présenter à la DAF elle-même, au cours d'un entretien dédié et l'organisation a été validée. A l'issue de cette validation, un planning de déploiement a été formalisé⁷⁷. Il organise la mise en place d'un nouveau bureau et le transfert progressif des compétences. L'AAH s'est chargée de la communication à l'équipe et de formaliser des appels à candidature au sein du BE auxquels 16 personnes se sont portées volontaires.

⁷⁶ Cf. Supra

⁷⁷ Cf. Annexe 15

La mise en œuvre effective n'a pu être réalisée en raison de la situation de crise sanitaire qui a fortement contraint le fonctionnement de l'institution. Toutefois, l'ensemble du projet a été formalisé et livré à la DAF ainsi qu'à l'AAH. Le CHA est autonome pour relancer le projet lorsque le contexte y sera opportun. En complément de cette répartition verticale des tâches, il convient au chaque secteur d'organiser une redistribution horizontale des savoir-faire entre les agents d'un même secteur pour promouvoir une répartition plus homogène.

2.5.3 Outre la réorganisation des tâches, un travail à mener pour homogénéiser les savoir-faire

L'audit, les différents entretiens, mais aussi les échanges informels menés tout au long du stage ont mis en évidence un constat relativement partagé : les niveaux de compétence sont hétérogènes entre les agents de différents secteurs, mais aussi au sein d'un même secteur.

Aussi, afin de compléter la redistribution verticale des tâches, une méthodologie de redistribution horizontale des compétences à l'échelle de chaque secteur doit être modélisée.

La démarche a à nouveau été présentée au commanditaire qui a fixé pour ce volet de la mission les spécifications suivantes :

- Accompagner l'encadrement pour structurer les méthodes de travail ;
- Aider les agents à prendre conscience des attentes de l'institution en termes de d'évolution des compétences ;
- Proposer des méthodes de travail alternatives afin de mettre en place des outils de priorisation et de suivi ;
- Le dispositif devra être construit à partir du service Contentieux qui fera fonction secteur pilote⁷⁸ ;
- La même méthodologie devra pouvoir être étendue aux autres secteurs ultérieurement.

Concernant le cas particulier du service Contentieux, l'audit a mis en évidence la nécessité que le suivi soit assuré à partir de l'état des restes à recouvrer de la trésorerie. L'objectif est de faciliter la communication et le pilotage par une gestion dématérialisée sur tableur en lieu et place d'une gestion papier. Ceci implique d'organiser des sessions de formation spécifiques à l'usage d'Excel.

⁷⁸ Ce secteur est moins exposé aux impacts de la situation de crise sanitaire à la différence des autres secteurs.

De même, une harmonisation des compétences est à organiser concernant FIDES/ ROC, la gestion des ARL et l'alerte des cadres en cas de dossier sensible. L'exploration de la dimension financière de FIDES-Séjours positionne le contentieux comme un levier important d'optimisation du BFR par le biais du recouvrement des créances et du traitement des rejets de factures. La coordination avec le DIM est à ce jour difficile à travailler dans la mesure où l'outil MOCA n'est pas encore livré et où les organisations du DIM demeurent encore impactées par la crise sanitaire. Cet aspect est donc à exclure du périmètre d'intervention.

L'historique des BE décrit précédemment fait écho à celui du CHA. A ce titre, le management doit tenir compte de l'important besoin de valorisation, du manque potentiel d'aisance avec l'outil informatique et du fait que la formation sur le poste occupé a majoritairement été réalisée entre agents et consolidée par l'encadrement. Les processus sont donc à définir et à avaliser au niveau institutionnel.

Concernant la formation, les échanges et la formalisation d'outils, le pragmatisme et l'autonomisation doivent prévaloir afin de donner du sens. Cet aspect est particulièrement important pour que l'ensemble des agents, cadres et non-cadres, puissent s'approprier et soutenir la démarche par co-construction. Cela permettra également de mettre en relief leur expertise, de donner de la valeur au vécu quotidien pour identifier les contraintes et les confronter aux objectifs institutionnels. Pour cette raison, une approche par les tâches, plus concrète, est à privilégier sur une approche par les compétences, plus abstraite. Ainsi, chacun pourra se rendre compte par lui-même des marges de progression à réaliser pour concourir à la performance de l'institution.

A cela s'ajoutent les éléments, plus subjectifs, qui ont pu être perçus à l'occasion d'échanges formels ou informels. Il semble que les attendus pour ce secteur ne soient pas identifiés de la même manière entre la direction, l'encadrement et l'équipe. Cela s'explique notamment par le caractère récent de la constitution de ce bureau, la forte mobilisation de l'encadrement sur les secteurs d'accueil géographiquement éloignés, et enfin par un certain degré d'autonomie de l'équipe du contentieux pour gérer une activité plus linéaire.

2.5.4 Une stratégie basée sur le recensement de tâches auprès des opérationnels, l'autoévaluation, et la mise en œuvre priorisée d'un plan de formation ciblé

Les éléments évoqués précédemment en plus des spécifications du commanditaire ont permis d'élaborer la stratégie suivante. Validée par la DAF au cours d'un entretien dédié, elle repose sur cinq objectifs. Chaque objectif a été décliné en actions.

Objectif n°1 : Communiquer sur la démarche à venir auprès de l'équipe

Actions :

- Définir un vecteur de communication sur la démarche avec l'AAH ;
- Positionner l'AAH en pilote sur la démarche.

Ces actions visent à permettre à chacun de se préparer et d'exprimer des interrogations ou des inquiétudes, de se situer dans la démarche de manière pérenne et de donner des perspectives.

Objectif n°2 : Clarifier les attendus institutionnels

Actions :

- Faire formaliser par les agents eux-mêmes une liste des tâches devant être maîtrisées sur le secteur ;
- Cette liste sera à amender par l'AAH ;
- Cette liste une fois finalisée sera à soumettre à la DAF pour validation.

Outre la validation des tâches, la formalisation de ce support sera une occasion d'échanges de points de vue, donc d'harmonisation des attendus entre la direction et l'encadrement. Dans le cadre du travail sur le service Contentieux, il a été demandé à l'AAH de solliciter les agents afin qu'ils listent les tâches qu'ils réalisent au quotidien.

Cette liste sera enrichie lors d'une séance de travail avec l'AAH puis présentée à la DAF pour complément puis validation. Cela permettra de pouvoir communiquer clairement aux agents les actions à maîtriser et de constituer une feuille de route en termes de compétences à acquérir.

Objectif n°3 : Générer une prise de conscience des besoins d'évolution des compétences

Actions :

- Intégrer de la liste des tâches dans un tableur ;
- Rajouter à ce support une échelle numérique à l'image de ce qui est préconisé par l'ANAP⁷⁹ ;
- Permettre à chaque agent d'inscrire lui-même son degré de maîtrise de chaque tâche et la confronter aux cotations du cadre au cours d'un entretien individuel ;
- Conserver ce support pour suivre l'évolution pour chaque tâche, il servira pour les entretiens annuels d'évaluation ;
- Consolider les résultats des échelles numériques, ils serviront d'indicateur de suivi.

⁷⁹ ANAP, Référentiel des activités et des compétences/ Chaîne Accueil Facturation Recouvrement, 2018, p.15

Cette étape vise à permettre à chaque agent de percevoir concrètement ce que l'institution attend qu'il parvienne à maîtriser. S'appuyer sur des tâches plutôt que sur des compétences renforce la subsidiarité pour converger vers un langage commun, donc d'éviter d'éventuelles asymétries d'information entre les agents, l'encadrement et la direction dans la communication des objectifs à atteindre.

Outre la compréhension des objectifs par un langage commun, l'autoévaluation est un élément essentiel du dispositif. Elle permettra de faciliter la prise de conscience de l'écart entre les attentes de l'institution et le fonctionnement actuel sans qu'il ne soit verticalement suggéré par la hiérarchie. Savoir s'autoévaluer est aussi un vecteur d'autonomie afin que l'amélioration continue ne repose pas systématiquement sur des intervenants extérieurs au service.

L'exploitation de ces autoévaluations au cours d'entretiens permettra de rassurer en repositionnant l'usage qui va en être fait, et d'éviter les phénomènes de comparaison potentiellement source de conflits ou d'atténuer certains biais de réponses.

Objectif 4 : Accompagner la montée en compétences

Actions :

- Définir les tâches à maîtriser en priorité ;
- Positionner l'encadrement comme pilote du dispositif ;
- Inciter les équipes à faire des propositions quant aux réorganisations ou modalités de mises en œuvre ;
- Formaliser un plan d'actions avec échéances calendaires.

Il s'agit de formaliser une feuille de route pour suivre le déroulement du projet. Il sera important d'autonomiser chaque acteur, cadre et non-cadre, dans la perspective d'assurer une pérennité au projet au-delà de la mission.

Cet objectif est aussi porteur de sens. Il vise à ce que les agents puissent prendre du recul et participer à l'évaluation du dispositif afin qu'ils se situent dans une chaîne de valeur et non uniquement au regard de tâches atomisées.

Objectif 5 : Evaluation

Actions :

- Planifier des temps d'échange réguliers avec les membres de l'équipe pour identifier les difficultés rencontrées
- Mettre en place des indicateurs de suivi

Cet objectif vise à ce que chaque professionnel impliqué dans le projet puisse se situer, de permettre à l'encadrement de disposer d'outils pour manager, piloter l'amélioration continue et d'offrir une lisibilité suffisante à la direction pour l'aider à la décision.

Cette stratégie a été approuvée par la DAF et l'AAH. Durant les derniers mois de stage, cette dernière va être accompagnée pour la mise en place du dispositif au sein du service contentieux, comme convenu.

La DAF a exprimé son souhait que l'AAH étende la démarche aux autres secteurs du BE. Toujours sur demande de la DAF, les résultats de l'analyse des caractéristiques de l'équipe ont été présentés au DRH le 16 juillet 2020. Il s'est agi, à partir des constats factuels, de définir de nouvelles perspectives en termes de recrutement, de développement des compétences et d'avancement des agents du bureau des entrées. A l'issue de cette réunion, le DRH a souhaité que la même présentation soit faite en présence de l'équipe des ressources humaines en charge du secteur, cadres inclus, pour identifier des pistes d'amélioration.

Conclusion

FIDES-Séjours est un projet complexe qui implique une préparation technique et organisationnelle importante. La complexité est liée à différents aspects :

- D'une part, il convient de maîtriser un langage spécifique, des règles de facturation qui évoluent en permanence, ainsi que de pouvoir anticiper et modéliser des causes probables d'anomalies dans le système d'information.
- D'autre part, synchroniser les activités du DIM, du BE et des unités de soins sera nécessaire, alors chacun est à ce jour soumis à des temporalités différentes.

Mais le plus grand défi sera probablement le facteur humain. La pierre d'angle du projet réside dans l'accompagnement au changement et la montée en compétences d'équipes exerçant dans un secteur peu visible, et souvent mal reconnu. C'est à ce titre, que ce travail tente de nourrir les réflexions quant à l'exercice du métier de directeur d'hôpital.

Les organisations hospitalières peuvent parfois présenter des angles morts. L'intensification des processus de travail, la gestion par objectifs et les métiers en tension peuvent constituer des biais dans la gestion des ressources humaines. Il paraît important d'intégrer ce qui fait à la fois la richesse et la fragilité des équipes invisibles dans le management. Cela peut être fait en adaptant spécifiquement leur accès à la formation, à la promotion, mais aussi leur avancement et leurs perspectives de carrières, dans la limite de l'équilibre institutionnel. Certes, il s'agit d'un exercice difficile face à l'urgence et à certaines situations. Toutefois, sans une véritable stratégie adaptée à ces secteurs, le recrutement sera probablement effectué aux dépens de la performance de l'établissement et du service rendu, à plus long terme.

Outre le recrutement, investir dans l'employabilité est une autre manière de créer des opportunités au bénéfice à la fois du salarié comme de l'établissement, dans le cadre de la responsabilité sociétale de l'employeur. Renforcer l'accompagnement et la montée en compétence des métiers invisibles, ou de secteurs longtemps mal reconnus, permet de renforcer l'efficacité, l'implication et la motivation des agents. Il s'agit d'un levier important du management, au service de la performance, s'il repose sur des engagements réciproques.

Dans la même logique, quels que soient les interlocuteurs, il paraît important de donner du sens. Mettre des mots sur les intentions, et afficher aux personnes impliquées que leur quotidien a été pris en considération, permet de lutter contre les asymétries d'information. Prendre le temps communiquer sur le sens des réformes, les points bloquants et laisser celui dont c'est le quotidien formuler des propositions, permet probablement à la direction

de susciter davantage l'adhésion, ou de disposer d'un argument favorable en cas d'opposition. Toutefois, le poids du quotidien rend souvent cet exercice difficile.

A ce titre, les organisations hospitalières étant relativement pyramidales, donner du sens peut passer par un encrage fort des décisions dans le quotidien des acteurs. Piloter des processus simples, et dont les améliorations ont des effets rapides, est une autre stratégie de promotion de la motivation et d'efficacité. Mais ceci implique un renversement de logique managériale. Dans cette posture, la direction et l'encadrement cherchent prioritairement à identifier les besoins précis des personnes qui assurent le cœur de métier, en créant des conditions favorables en contrepartie d'objectifs et d'obligations. On peut y retrouver, pour partie, l'approche théorisée par Greenleaf à la fin des années 1970 sous le nom de « *servant leadership* ».

Dans cette perspective, le leader doit prioritairement aider soit directement soit indirectement (en créant les conditions de travail adéquates) chaque collaborateur (ou équipe de travail) afin qu'il (ou qu'elle) puisse accomplir ses tâches dans les meilleures conditions. En un mot, il doit être d'abord et prioritairement au service de ses salariés bien avant de les superviser et de les contrôler, au lieu du schéma inverse des pratiques courantes de management des organisations hiérarchiques (...).⁸⁰

Ainsi, la démarche proposée au cours de ce travail n'est pas spécifique à FIDES-Séjours, ni même au BE. La situation de crise sanitaire n'a permis qu'un déploiement partiel du dispositif et l'ensemble mérite d'être intégralement mis en œuvre à titre expérimental, puis soumis à évaluation. Il est également indispensable de compléter la démarche par des procédures de coordination avec le DIM et par un travail d'intégration concrète du dispositif dans la vie institutionnelle, notamment le dialogue social, l'organisation des concours, ou encore le plan de formation. L'objectif est de pouvoir apprécier la faisabilité des différents aspects, les bénéfices et les points d'amélioration.

Toutefois, le même travail peut aussi être mené pour objectiver et améliorer concrètement le fonctionnement d'autres processus. En effet, il n'est pas spécifique à un secteur dans la mesure où il consiste à écouter les acteurs sur les difficultés et les pistes de progrès, à les faire participer à la définition institutionnelle des objectifs par la construction d'une autoévaluation, le tout pour améliorer leur employabilité au service de la performance.

⁸⁰ BELET D., Un paradigme innovant et puissant pour remédier à la crise du management : le « *servant leadership* », Innovations, 2013, n°40, p.11

Bibliographie

GUIDES ET RAPPORTS

- ❖ AUBERT J-M., Rapport final : Modes de financement et de régulation, 2018
- ❖ ANAP, Premiers retours d'expérience FIDES-Séjours, 2018
- ❖ ANAP, Référentiel des activités et des compétences/ Chaîne Accueil Facturation Recouvrement, 2018
- ❖ CHA, Rapport financier 2019, Tome 1, 2020
- ❖ Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019
- ❖ DGOS, Projet FIDES : Cahier des charges des règles de facturation des séjours, 2010
- ❖ DGOS, Programme SIMPHONIE, Cahier des charges fonctionnel Description des fonctionnalités attendues dans le module pilotage de la chaîne d'Accueil Facturation Recouvrement, 2017
- ❖ IGAS-IGF, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, 2008
- ❖ IGF, Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, 2012
- ❖ JÉGOU J-J., Rapport d'information n° 62 fait au nom de la commission des finances du Sénat, 2005
- ❖ Ministère de l'action et des comptes publics, Fonction publique chiffres clé 2018, 2019

ARTICLES

- ❖ BELCASTRO J., CARLIER D., La facturation individuelle des établissements de santé. Révolution ou aboutissement de la T2A, Gestions hospitalières, 2014, n°533
- BELET D., Un paradigme innovant et puissant pour remédier à la crise du management : le « servant leadership », Innovations, 2013, n°40

OUVRAGES

- ❖ DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., Droit Hospitalier 10^{ème} édition, Dalloz, 2017
- ❖ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C.-A., PEYRET P., EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé, Les presses de l'EHESP, 2009

LOIS ET REGLEMENTS

- ❖ ARS PACA, Arrêté du 20 mai 2020
- ❖ REPUBLIQUE FRANCAISE (2020), Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19
- ❖ REPUBLIQUE FRANCAISE (2005), Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- ❖ REPUBLIQUE FRANCAISE (2003), Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- ❖ REPUBLIQUE FRANCAISE (1983), Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

MEMOIRES EHESP

- ❖ ASSIE G., Préparer le secteur admissions/ facturation au passage à la facturation individuelle des établissements de santé, 2014
- ❖ BOUSSEMART S. Rénover le processus de facturation / recouvrement en contexte de T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre, 2009
- ❖ MALLET D., Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen, 2003
- ❖ NOHARET M., Le rôle du BE dans le circuit de facturation au centre hospitalier des quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement, 2008
- ❖ PIGNY F., En quoi la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose-t-elle aujourd'hui à l'hôpital public ?, 2008
- ❖ SECK H., Optimiser une chaîne Admission-Facturation-Recouvrement en pleine transformation numérique, l'exemple d'une réorganisation menée aux Hôpitaux de Saint-Maurice objectivée par une enquête hospitalière comparative, 2018
- ❖ THOMAS A-E., L'amélioration de la facturation et du recouvrement : une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité – Analyse comparée et propositions dans trois sites du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Est, 2011

RESSOURCES EN LIGNE

- ❖ <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- ❖ <https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/depenses-et-evolutions.html>
- ❖ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PointFIDES_Inter__Region__Mars__2014_2_.pdf
- ❖ https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2018/Vue-Departs_a_la_retraite-2018.PDF
- ❖ https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_09-les_etudiants_dans_les_filieres_de_formation_depuis_50_ans.php

Liste des annexes

Annexe 1 : Les enjeux de FIDES-Séjours.....	I
Annexe 2 : Entretien avec la DAF du CH Avignon.....	II
Annexe 3 : Résultats des tests FIDES-Séjours du CHA.....	VI
Annexe 4 : Synthèse des entretiens avec les agents du BE.....	IX
Annexe 5 : Bilan du commissaire aux comptes concernant le cycle recettes	X
Annexe 6 : Entretien avec le Trésorier	XI
Annexe 7 : Entretien avec le responsable du pôle établissements – CPAM 84.....	XII
Annexe 8 : Entretien avec le chef de projet informatique	XIV
Annexe 9 : Entretien avec le médecin DIM.....	XVI
Annexe 10 : Entretien avec l’encadrement supérieur	XVII
Annexe 11 : Entretien avec l’encadrement de proximité.....	XIX
Annexe 12 : Outils d’enquête et listes de préconisations.....	XXI
Annexe 13 : Matrice des compétences.....	XXIX
Annexe 14 : Cartographie des tâches par fonction	XXX
Annexe 15 : Planning de réorganisation du BE	XXXI
Annexe 16 : Test de corrélation entre ancienneté et nombre de compétences ..	XXXII
Annexe 17 : Planning des entretiens (audits des secteurs opérationnels)	XXXIII

Annexe 1 : Les enjeux de FIDES-Séjours

LES ENJEUX DU PROJET FIDES-SEJOURS			
DOMAINES	ENJEUX		
Long terme	ENJEUX STRATEGIQUES	Ministère	Mettre en oeuvre une obligation réglementaire, optimiser les dépenses de santé
		CPAM	Renforcer les contrôles sur la facturation des EPS
		DGFIP - TP	Suivre le recouvrement avec alerte en coordination avec CPAM et CH
		Editeur	Gagner en visibilité - investissement en R&D
		CH Avignon	Gagner en visibilité, améliorer ses organisations et formuler des propositions (Pilote)
		CH Avignon	Affirmer le leadership du CH support, ressource pour les CH partis au GHT
	ENJEUX TACTIQUES	DAF-DIM	Travailler en binôme pour piloter le cycle recettes
		DAF	Analyser et optimiser le processus de facturation
		DAF	Renforcer le pilotage de la trésorerie (0 facturation = 0 recette)
		DSI	Mettre en place contrôle interne des logiciel et interfaces avec analyses et reporting
		Pharmacie	Sécuriser la traçabilité des DMI-MO
		Management	Accompagner la montée en compétences DIM-BE
ENJEUX OPERATIONNELS	Court terme	Management	Parvenir à avoir un langage communs, connaître le travail de l'autre (DIM-SGAP-DSI)
		Management	Mettre en place une équipe projet avec calendrier et échéances régulières
		Management	Mettre en place un contrôle interne et un système de pilotage stable dans un temps limité
		Management	Réorganisation pour préparer la coordination DIM-BE
		Management	Sécuriser le recueil de données pour les activités programmées
		Management	Mettre en place un système de contrôle interne abouti incluant la synchronisation DIM-BE
DIM-Soins	Contrôler exhaustivité du codage pour éviter perte financière, délai de rédaction des CRH		
BE-Soins	Fiabiliser la gestion des mouvements		
Soins	Saisir tous les actes (exo TM) et déclarer toutes les ALD dans les temps		
Patient	Recevoir une facture sécurisée plus rapidement avec moins d'erreurs		

Annexe 2 : Entretien avec la DAF du CH Avignon

1. Définir en quoi consiste le pilotage financier d'un EPS

- Rôle du DAF

Dans l'équipe de direction et pour l'établissement, l'objectif du DAF est d'outiller la stratégie de l'établissement. Le PGFP est l'outil principal du DAF. Le PGFP doit prévoir les recettes et les dépenses à 5 ans selon la réglementation. Mais dans les faits, un établissement peut fréquemment être amené à prévoir ses recettes et ses dépenses sur une plus longue période en cas d'opérations lourdes à financer. Par exemple, le projet COPERMO investissement du CH Avignon.

- Principaux outils

Le pilotage des dépenses était le point principal de maîtrise sous DGF. En 2004 et la mise en place de la T2A, le cœur de la stratégie est devenu le pilotage des recettes, donc de l'activité. En 2006, avec l'EPRD, la vision patrimoniale de l'établissement a été réintroduite comme un élément important permettant d'apprécier la situation de l'établissement.

Les principaux outils sont alors : ERPD, PGFP, CAF nette et marge brute et excédent brut d'exploitation. Ils servent à vérifier que l'activité permet de soutenir la politique d'investissement de l'établissement matérialisée par le PGFP.

Outre ces outils, les indicateurs suivis concernent la masse salariale, le volume et les recettes d'activité. L'important est d'en percevoir l'évolution par rapport aux prévisions.

- Principaux objectifs

Sur la base de ces indicateurs, le DAF va conseiller l'établissement en termes de stratégie de recettes et de maîtrise des dépenses pour pouvoir soutenir la politique d'investissement.

Les recettes doivent couvrir au moins les dépenses voire soutenir l'investissement. La plus grande partie des recettes concerne le titre 1. D'autant plus avec FIDES-Séjours, maîtriser le titre 1 donnera une vision représentative de la tendance.

2. Comment a évolué le management financier d'un EPS ?

- sous la DGF (mécanisme, avantages/ inconvénients)

Le système de financement par DGF répond à une logique de dépense. En effet, il consiste à déclarer ce qui va être dépensé afin d'être couvert par la dotation. Le principe de la DGF est bien celui de couverture d'un niveau de dépenses. Le titre 2 était facturé en sus. Au cas où les objectifs de facturation du titre 2 n'étaient pas atteints, la DGF pouvait être modulée pour compenser.

En termes de politique d'investissement, les moyens nécessaires étaient demandés aux tutelles qui prenaient la décision d'accorder ou non le financement. Le mot tutelle est important car la logique était bien celle d'un établissement financé et soumis à son autorité de régulation. Ce système a eu pour effet d'induire une gestion budgétaire. L'objectif du DAF était de suivre que la réalisation des opérations et les dépenses ne dépassent pas l'objectif fixé par l'allocation prévue en début d'exercice.

Le principal reproche à ce système est qu'il est inflationniste et non vertueux. En effet, à dotation identique, un établissement n'a pas intérêt à augmenter son activité car cela va augmenter mécaniquement aussi son niveau de dépenses. Réduire son activité était donc un levier pour réaliser des économies. Un établissement qui avait sa dotation, ses projets financés et une activité modérée était donc dans une position plus avantageuse sur le plan financier.

- Sous la T2A/ EPRD (mécanisme, avantage, inconvénients)

Sous la DGF, le déficit n'était pas regardé ce qui créait une opacité. Il était possible d'investir indépendamment de la situation de l'établissement en termes d'exploitation. Avec l'EPRD, les amortissements viennent alimenter positivement la CAF, donc servir à l'investissement futur et le déficit impacte négativement la capacité à investir. Ce mécanisme induit non plus une logique budgétaire, mais une logique financière. Désormais, le financier étudie par le contrôle de gestion et conseille en termes de niveau d'investissement, de conditions. Les données du bilan, c'est-à-dire la situation patrimoniale, doivent donc être prises en compte et plus seulement l'exploitation.

Le haut de bilan comporte les investissements mais aussi le report à nouveau déficitaire qui impacte la capacité ou non à investir selon situation d'exploitation et patrimoniale. Il s'agit d'un changement majeur car la situation patrimoniale n'était pas déterminante avant l'EPRD. Le résultat vient majorer un report à nouveau déficitaire ou excédentaire. La valeur d'entrée puis de sortie sont particulièrement importante pour les choix stratégiques.

Le bas de bilan comporte les créances et dettes du cycle d'exploitation. Ce que doit l'assurance maladie et ce que l'établissement doit aux fournisseurs est le plus significatif. FIDES-Séjours va véritablement avoir un impact sur le BFR dont le pilotage vient assurer une trésorerie viable et éviter d'être en défaut de paiement. En effet, le BFR est principalement influencé par les délais de recouvrement, de paiement et par les stocks. La gestion financière doit viser l'optimisation de ces points. Toutefois, un report à nouveau peut être déficitaire mais la trésorerie correcte.

La qualité de chaîne de facturation procède de l'optimisation du BFR par amélioration du recouvrement des créances. Ajuster le délai de paiement et limiter les stocks (dont la gestion relève du comptable matière) sont d'autres leviers. L'objectif est de parvenir à un équilibre entre recettes et dépenses fondamentales.

Avec FIDES-Séjours, l'un des principaux risques est la dégradation des recettes. Actuellement, pour FIDES-ACE il existe un mécanisme d'avance FIDES. Ce mécanisme n'a pas encore été évoqué pour FIDES-Séjours et il doit être étudié lors des expérimentations. S'il n'y a pas de mécanisme d'avance, les tensions seront très fortes sur les trésoreries des établissements car à ce jour, un arrêté de versement délivré en trois fois sécurise la partie la plus importante des recettes.

Le principal reproche formulé à l'encontre de la T2A est qu'elle a mis les indicateurs financiers au premier plan des décisions. Toutefois, le système en lui-même est relativement équilibré lorsque les tarifs correspondent aux dépenses réelles des établissements. L'érosion des tarifs pose plus de difficultés que la T2A. Une partie des difficultés vient que les tarifs sont parfois désindexés par rapport au coût de production du fait que l'Ondam augmente mais pas forcément à hauteur des coûts réels liés à une prise en charge. A cela s'ajoute une dimension culturelle où faire du bénéfice ou assurer une rentabilité n'est pas toujours associé au service public, ce qui peut engendrer des conflits. D'une manière générale, la T2A induit une financiarisation importante du pilotage et des échanges avec la direction, au lieu de mettre l'accent sur la coordination et la médicalisation des organisations. Les décisions sont davantage objectivées, toutefois, cela a eu aussi pour effet de générer des tensions dans les relations entre la direction et les secteurs cliniques, surtout en cas de pression budgétaire importante, comme lors du pilotage d'un CREF.

3. Quels impacts de cette évolution des politiques publiques de financement des EPS sur le management?

Dès la mise en place de la T2A et de l'EPRD, le secteur de facturation est devenu stratégique car il conditionne la recette. Sous DGF, les recettes n'étaient pas liées directement à la facturation et les produits du titre 2 étaient compensés si besoin. De 2006 jusqu'à FIDES-ACE les recettes perçues restent peu importantes. Sur Avignon, elles sont de l'ordre de 20 millions de titre 2 sur 280 millions d'€ de budget.

Avec FIDES-ACE, le BE devient stratégique mais dans des proportions mesurées. Avec FIDES-ACE, les recettes facturées par le BE ont évolué environ de 20 à plus de 40 millions du fait du titre 1. Le besoin d'améliorer la qualité de facturation est alors devenu plus prégnant. D'autant plus encore depuis la dynamique de conventionnement médical et de majorations des consultations externes. Historiquement, les DIM s'occupent peu des consultations externes, donc de l'activité du BE. Ceci renforce le côté stratégique du BE.

Avec FIDES-Séjours, le changement d'envergure est majeur par rapport aux étapes précédentes. Ce sont près de 160 millions € sur Avignon qui vont basculer sur la chaîne de facturation du BE et du DIM avec un très fort impact sur la trésorerie mais probablement des avances seront faites pour ne pas pénaliser les établissements comme avec FIDES-ACE. 3% de rejets sur les ACE ne pose pas de difficultés, mais 3% de rejets avec FIDES-Séjours représente un impact très fort. Donc avec FIDES-Séjours, d'une situation relativement linéaire en termes de recettes, il sera nécessaire de travailler la coordination DIM et BE pour sécuriser la trésorerie. Il convient de prendre en considération aussi que les DIM sont médecins donc pas subordonnés aux directions des finances. La plupart ont un cursus de médecin de santé publique ou épidémiologie. Certains ont pu vivre la T2A comme une remise en cause de leur métier d'origine avec une financiarisation. D'autres y ont vu une opportunité de renforcement de la position du DIM dans la vie institutionnelle, actuellement le DIM est invité permanent du Directoire.

Annexe 3 : Résultats des tests FIDES-Séjours du CHA

Le premier test s'est déroulé le 30/03/2016. Le lot généré contenait 87 factures pour un taux de rejets de 16.09% :

Code	Libellé	Nombre	Pourcentage
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	6	42,85
0566 066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	4	28,57
0720 051	TP SANS PART RC/ BENEF CMU OU ACS	2	14,28
1012 068	COEF MCO TR.A TORT T2A PUB/PRESTA	1	7,10
0270 053	UTILISATION ANCIENNE DATE NAISS.	1	7,10

Analyses de la CPAM :

Code	Libellé	Analyse Cpm
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
0566 066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	La participation assuré n'a pas été demandée alors que le GHS est soumis à participation assuré (type 3 position 117)
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
0566 066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	La participation assuré n'a pas été demandée alors que le GHS est soumis à participation assuré (type 3 position 117)
0710 074	LIMIT.MNT.REMB/MNT.CALC.T2A PUBL.	Base de remboursement du GHS erronée (type 3 position 83-90) : coefficient correcteur non appliqué sur forfait EXB. CdC séjours règle EXB-002
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
0566 066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	La participation assuré n'a pas été demandée alors que le GHS est soumis à participation assuré (type 3 position 117)
0566 066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	La participation assuré n'a pas été demandée alors que le GHS est soumis à participation assuré (type 3 position 117)
0610 033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC esr incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
1012 068	COEF MCO TR.A TORT T2A PUB/PRESTA	En T2A publique, le coefficient MCO ne doit pas être transmis si le bénéficiaire de la facture est migrant ou AME (type 3 position 71-75)
0270 053	UTILISATION ANCIENNE DATE NAISS.	Revoir saisie : date de naissance 01/01/1955 et non 31/12/1955 (type 2 CP position 96-101)
0720 051	TP SANS PART RC/ BENEF CMU OU ACS	Qualificatif de la dépense (type 3 position 120) non renseigné à N + montant de la dépense non renseigné (type 3 position 102-109). Voir CdC séjours règle NB2-002
0720 051	TP SANS PART RC/ BENEF CMU OU ACS	Qualificatif de la dépense (type 3 position 120) non renseigné à N + montant de la dépense non renseigné (type 3 position 102-109). Voir CdC séjours règle NB2-002

Le second test s'est déroulé le 13/06/2016. Le lot généré contenait 90 factures pour un taux de rejets de 29.32% :

Code	Libellé
0450-051	INCOMPATIBILITE ETM H30/DATE DE SEJOUR
0170-050	ASSURE NON GERE PAR LA CAISSE
0450-051	INCOMPATIBILITE ETM H30/DATE DE SEJOUR
0270-051	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO
0610-033	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE
0270-051	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO
0720-051	TP SANS PART RC/ BENEF CMU OU ACS
0566-066	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE
0710-074	LIMIT.MNT.REMB/MNT.CALC.T2A PUBL.
0650-001	PRIX UNITAIRE ABSENT

Analyses de la CPAM :

Libellé	Analyse Cpm
INCOMPATIBILITE ETM H30/DATE DE SEJOUR	Le séjour est supérieur à 30 jours. Veuillez revoir le code d'exonération (Exonération code 2 et non code exonération 4) - voir onglet "liste code exonération"
ASSURE NON GERE PAR LA CAISSE	L'assuré dépend de la CPAM 06
INCOMPATIBILITE ETM H30/DATE DE SEJOUR	Le séjour est inférieur à 30 jours. L'exonération 2 n'est pas justifiée (type 2CP case 79). Voir onglet "liste code exonération"
BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Revoir saisie : date de naissance 02/20/1936 et non 31/12/1936 (type 2 CP position 96-101)
TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	La quantité de TJC est incorrecte (type 3 position 61-63) Voir CdC séjours règle TJC-006
BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Revoir saisie : date de naissance 02/05/1932 et non 21/05/1932 (type 2 CP position 96-101)
TP SANS PART RC/ BENEF CMU OU ACS	Qualificatif de la dépense (type 3 position 120) non renseigné à N + montant de la dépense non renseigné (type 3 position 102-109). Voir CdC séjours règle NB2-002
PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	La participation assuré n'a pas été demandée alors que le GHS est soumis à participation assuré (type 3 position 117)
LIMIT.MNT.REMB/MNT.CALC.T2A PUBL.	Base de remboursement du GHS erronée (type 3 position 83-90) : coefficient correcteur non appliqué sur forfait EXB. CdC séjours règle EXB-002
PRIX UNITAIRE ABSENT	Le montant du prix unitaire du code acte EMI est absent (type 3 case 76-82).

Le troisième test s'est déroulé le 27/01/2017. Le lot contenait 1519 factures et un taux de rejets de 29.69% :

Code	Libellé	Nombre	Pourcentage
0610 0331	TJC INTERDIT JOUR DE SORTIE	372	75.00
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	45	9.07
0540 0411	SEQUENCE TJC ERRONEE	38	7.66
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	11	2.22
0450 0541	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL BENEFICIAIRE	8	1.61
0610 0501	DATE FIN PRESTATION > DATE DECES	4	0.81
0270 0531	UTILISATION ANCIENNE DATE NAISS.	3	0.60
0450 0511	INCOMP. ETM H30/DATE SEJOUR	3	0.60
0710 0601	MNT.DEMANDE>MNT CALCULE T2A PUBL.	2	0.40
0540 0421	TJC AU DELA DU TRENTIEME JOUR	1	0.20
0540 1231	PRESTATION SANS GHS ASSOCIE	1	0.20
0650 0011	PRIX UNITAIRE ABSENT	1	0.20
0672 0511	COEF MCO/HAD TRANS#FICH.ETAB.PRIV	1	0.20
0680 0031	MT DEPENSE REELLE ABSENT	1	0.20
0700 0601	LE TAUX DE REMBOURSEMENT DEMANDE EST DIFFERENT DU TAUX DE REMBOURSEMENT CALCULE	1	0.20
1012 0681	COEF MCO TR.A TORT T2A PUB/PRESTA	1	0.20
1210 0511	INCOMP. FORFAITS TRANSMIS/CALCULE	1	0.20
2200 3401	CHEVAUCHEMENT GHS / ATU	1	0.20
2200 4301	CHEVAUCHEMENT GHS / DXX	1	0.20

Analyses de la CPAM :

Code	Libellé	Commentaires CPAM
0450 0541	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL BENEFICIAIRE	Pas d'indication du ticket modérateur connu au fichier. Le titre doit être transmis sans code ordination.
0610 0501	DATE FIN PRESTATION > DATE DECES	Date de fin de prestation postérieure à la date du décès du bénéficiaire.
0450 0541	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL BENEFICIAIRE	Pas d'indication du ticket modérateur connu au fichier. Le titre doit être transmis sans code ordination.
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0650 0011	PRIX UNITAIRE ABSENT	prix unitaire de la prestation ETM absent
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0700 0601	LE TAUX DE REMBOURSEMENT DEMANDE EST DIFFERENT DU TAUX DE REMBOURSEMENT CALCULE	(veuillez revoir le taux demandé qui ne correspond pas au taux calculé (taux 80 % et non 100%).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0450 0541	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL BENEFICIAIRE	Pas d'indication du ticket modérateur connu au fichier. Le titre doit être transmis sans code ordination.
0610 0501	DATE FIN PRESTATION > DATE DECES	Date de fin de prestation postérieure à la date du décès du bénéficiaire.
0610 0501	DATE FIN PRESTATION > DATE DECES	Date de fin de prestation postérieure à la date du décès du bénéficiaire.
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Erreur sur la date de naissance transmise.
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Erreur sur la date de naissance transmise.
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Erreur sur la date de naissance transmise.
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0566 0661	PARTICIPATION ASSURE NON DEMANDEE	Code participation non transmis alors qu'elle a été calculée par le système. Demandez à apporter par Intersystème sur la génération de la participation 10€ en fonction des situations (cf compte rendu du GCL du 02/05/2016).
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	Erreur sur la date de naissance transmise.

Annexe 4 : Synthèse des entretiens avec les agents du BE

LEVIERS		FREINS	
SYNTHESE DES ENTRETIENS CPAM-TP-ENCADREMENT SGAP - CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON			
POINTS FORTS		POINTS DE VIGILANCE	
<i>Interfaces</i>	Rencontres régulières SGAP-TP-CPAM	<i>Qualité factu</i>	Anomalies TP : code pays, pb d'adresse
<i>Finances</i>	RAR FIDES maîtrisés	<i>Qualité factu</i>	Augmentation des rejets pour divergence de référentiel (acte/ spé praticien...)
<i>Finances</i>	Admissions en non valeur dans la limite de la provision	<i>Organisation</i>	Légère augmentation du délai de facturation FIDES-ACE (de 29 à 34j) sur le dernier trimestre
<i>Finances</i>	CPAM passe en revue tous les mois l'état des RAR	<i>Organisation</i>	AAH fortement sollicitée par téléphone
<i>Qualité factu</i>	Taux de rejets dans les standards nationaux	<i>Organisation</i>	Délai de saisie des actes et DMHMO à normaliser
<i>Qualité factu</i>	Peu de rejets liés à la gestion des droits	<i>Organisation</i>	Dépôt e-PMSI une fois par mois
<i>Organisation</i>	FIDES ACE maîtrisé	<i>SH</i>	Premiers tests non concluants (DEFE> SOLFEGE) : process en redéfinition
<i>Organisation</i>	ROC en cours de déploiement	<i>SH</i>	Environnement FIDES à mettre à jour (copie Prod)
<i>Organisation</i>	Bonne réactivité du SGAP pour la TP-CPAM	<i>SH</i>	Besoin nouvelle version GAM pour tester FIDES-Séjours
		<i>Management</i>	Compétence facturation à harmoniser dans l'équipe SGAP
		<i>Management</i>	Important besoin de pilotage de proximité
FACTEURS FACILITANTS		FACTEURS DE RISQUES	
<i>Interfaces</i>	GCL tous les 4 mois	<i>SH</i>	Bases asymétriques SGAP(CDR-i) et CPAM
<i>Interfaces</i>	Bonne coordination SGAP-TP-CPAM	<i>SH</i>	Augmentation des rejets pour divergence de référentiel
<i>SH</i>	Moteur de facturation MOCA	<i>SH</i>	Paramétrage des DMT-IMT
<i>Management</i>	AAH légitime par ses connaissances techniques qu'elle partage	<i>SH</i>	Pas d'interface entre GAM et logiciels métiers DMHMO
<i>Management</i>	Pool d'agents du CTX présents pour devenir des agents experts avec évolution statutaire envisagée	<i>SH</i>	Traitement manuel des données DMHMO
<i>Organisation</i>	Des agents ont été dédiés à la réponse téléphonique (ACE-Hospi)	<i>SH</i>	Contrôle des ARL manuel dans l'EAJ
<i>Organisation</i>	Rejets analysés par la CPAM et transmis à chaque facturation	<i>Organisation</i>	Pas de refacturation AMO possible en FIDES-Séjours
		<i>Organisation</i>	Séparation DIM-DAF
		<i>Management</i>	AAH intervient à tous les niveaux (opérationnel => stratégique), lien avec historique de la prise de fonction
		<i>Management</i>	Risque de confusion si statut identique entre cadre de proximité et agents experts
		<i>Management</i>	Besoin de rassurer les équipes car FIDES potentiellement anxiogène
		<i>Management</i>	Absentéisme important

18/02/2020

Annexe 5 : Bilan du commissaire aux comptes concernant le cycle recettes

Bilan de l'existant - Cycle RECETTES								
Tâche	Zones de risques	Niveau de risque	Impact financier	Référence	Points forts	Points faibles	Référence	Actions à mener
Identification du patient	Mauvaise identification - doublon	Elevé	Faible	SGAP	<ul style="list-style-type: none"> - Scan systématique de la pièce d'identité conservée dans le dossier patient - Mesure annuelle du taux de doublon - Existence d'une cellule d'identité-vigilance - Existence d'une pratique de fusion des doublons identifiés procédurée 	Création de dossier AL par du personnel non SGAP (impact limité mais génération de doublons)	1	Audit de la qualité des IPP
Adresse	Mauvaise adresse --> NPAI et ANV	Elevé	Moyen	SGAP	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil systématique de l'adresse - Transmission des NPAI dès connaissance par le CFP 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de justificatif de domicile fourni par les patients - Transmission non régulière des NPAI par le CFP --> traitement erratique; pas de statistiques connues 	2	Améliorer la transmission et le traitement des NPAI
Identification des débiteurs et taux de prise en charge	Absence ou mauvaise identification des débiteurs et/ou taux de prise en charge --> erreurs / retards de facturation, annulations et rejets	Elevé	Elevé	SGAP	<ul style="list-style-type: none"> - Lecture systématique de la carte vitale + carte mutuelle scannée - Contrôle CDR pour les patients sans justificatif - Développement des pré-admission 		3	Mettre à jour la procédure pré-admissions IDP ADM 04 M Indicateurs: taux de pré-admission et taux de rejets
Interfaces informatiques	Perte d'exhaustivité	Moyen-Elevé	Moyen	SGAP	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des interfaces actes réalisé par les services d'origine qui accèdent aux actes rejetés et les recyclent. 	Veille aléatoire par les cadres de radio (protocole inexistant) sur l'interface entre logiciel d'imagerie et Clinicom (?) Surveillance des autres interfaces (laboratoires, anapath, etc) aléatoire et non protocolisée	18	Cartographier les interfaces entre clinicom et les logiciels métiers recueillant les actes réalisés Procédure de contrôle des interfaces actes à formaliser.
Annulation	Retard dans la prise en compte des annulations - Retard et/ou absence de rémission du titre, le cas échéant	Moyen-Elevé	Faible	SGAP	Le contentieux est géré au fil de l'eau mais il n'existe pas de supervision de l'exhaustivité de ce traitement et surtout des délais.		34	Formaliser la chaîne SGAP de facturation et des contrôles et délais Evaluer la chaîne de traitement du contentieux.
	Absence de traitement des contentieux	Fort	Fort	SGAP / DAF	Analyse trimestrielle des RAR par la DAF et le SGAP		44	Formaliser les protocoles de traitements de rejets/contentieux
	Absence de traitement des rejets CPAM	Fort	Fort	SGAP / DAF	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse trimestrielle des RAR par la DAF et le SGAP - Traitement des rejets au fil de l'eau et supervision des taux de rejet mensuel avec l'assurance malade. 		44	Formaliser les protocoles de traitements de rejets/contentieux
Recensement des produits à rattacher : facturation patients mutuelles et autres débiteurs (TZ)	existence, exhaustivité, valorisation --> produits à recevoir erronés	Fort	Moyen	SGAP	Mise en place de la procédure "souffrances" dans Clinicom	<ul style="list-style-type: none"> - constat 2013: facturation 2012 incomplète - produits valorisés 100% payants alors qu'ils comportent une part AM qui fera l'objet d'une procédure Lamda --> impact financier inconnu 	65	Analyser le devenir des souffrances 2012 en 2013

Annexe 6 : Entretien avec le Trésorier

La trésorerie a vu son périmètre s'étendre à d'autres CH du Vaucluse sans renfort d'effectif et avec de l'absentéisme. Ce point a impliqué des réajustements importants de l'organisation interne pour faire face aux disparités de pratiques et de maturité des processus, Avignon étant le plus abouti.

Les titres font l'objet d'une prise en charge automatique au niveau du trésor sauf pour la médecine et les produits divers traités manuellement. Des rencontres plus que mensuelles sont effectuées entre la TP et l'AAH du BE. Les anomalies les plus fréquentes sont liées au code pays et à l'absence d'adresse selon le mode ou les conditions d'admission. Il n'y a pas d'anomalie notable concernant les libellés d'adresses et le taux de recouvrement est tout à fait satisfaisant.

Les ASP sont édités et mis sous pli au BE. Il est constaté une bonne réactivité des services de l'ordonnateur en cas de facture à recycler.

L'état des RAR nécessite un retraitement par la TP en raison de problématiques d'affectation comptable (erreur de budget) de certains titres. Les données sont mises à disposition tous les mois via la plateforme Escal. Le montant des restes à recouvrer FIDES est relativement stable sur l'année et semble maîtrisé au regard de l'activité de l'établissement (800 à 900k€ en début de mois). La TP formule des alertes sur des titres à risque en citant la référence exacte.

Des échanges TP/BE ont lieu régulièrement pour ajuster des paramétrages d'organismes. Les relances sont priorisées par la TP pour certains débiteurs, notamment en tiers payant, face aux délais de recouvrement. Toutefois, le service comptable priorise le travail par enjeu financier et non par date.

Les admissions en non-valeur sont proposées essentiellement pour les titres aux particuliers ou aux débiteurs étrangers avec difficultés très importantes de recouvrement dans la limite de la somme provisionnée (cf certification des comptes).

Au regard du fonctionnement actuel concernant FIDES il n'y a pas d'inquiétude exprimée concernant FIDES-Séjours. Du point de vue du comptable, les interfaces entre la Trésorerie et le BE semblent identifiées, maîtrisées et fonctionnelles. La qualité et la fréquence des échanges facilitent la régulation des aléas, atypiques ou non-conformités.

Annexe 7 : Entretien avec le responsable du pôle établissements – CPAM 84

La CPAM relate disposer de peu d'informations actualisées concernant sur FIDES-Séjours. Sa source principale d'information est un ESPIC situé également sur la commune d'Avignon. En effet, cet établissement est à la fois pilote et son propre éditeur.

En termes de coordination entre le CHA et la CPAM, les rejets sont analysés et transmis à l'établissement à chaque facturation. La CPAM passe en revue tous les mois l'état des restes pour informer la trésorerie des titres qui auraient été payés mais qui apparaissent comme à recouvrer, faute de rattachement dans le système. Des groupements de coordination locale sont organisés tous les 4 mois entre le CHA, la CPAM et la Trésorerie pour faire le point sur la qualité de la facturation.

Il est souligné une bonne réactivité du CHA en matière de retraitement des factures (contentieux) ainsi qu'une bonne coordination entre les deux entités. Par exemple, en cas d'évolutions réglementaires sur les tarifs ou les actes, le CHA parvient à ne pas facturer certains dossiers le temps que le système d'information de l'assurance maladie soit mis à jour par le support national pour éviter des rejets.

Les rejets proviennent majoritairement des données asymétriques entre les bases-patients du CHA et de la CPAM, malgré l'import automatique des données par CDR-i : date de naissance de l'assuré, la déclaration d'une exonération du ticket modérateur, déclaration du médecin traitant.

Les principales caractéristiques du CHA en matière de facturation sont :

- 3.4% de rejets. L'établissement est dans les standards nationaux. Son taux de rejets tend à baisser comme au niveau national.
- 14 000 factures par mois
- Traitement des factures par la CPAM sous 3 jours
- Paiement sous 6 jours
- Diminution des rejets pour les erreurs liées aux droits des bénéficiaires
- Augmentation des rejets pour divergence de référentiel (acte non autorisé pour la spécialité du praticien, problème de tarif de l'acte, soit tout problème autre que ceux liés aux droits des bénéficiaires).
- Le délai de facturation est passé de 29 jours à 34 jours depuis 4 mois.

La CPAM déclare qu'il n'y a pas eu de bénéfice notable au niveau national depuis la diffusion de CDR-i dans les hôpitaux, les taux de rejets n'ont pas diminué de manière significative. Les problèmes liés aux droits des usagers à proprement parler sont donc marginaux ce qui témoigne d'une maîtrise de l'enregistrement satisfaisante.

FIDES-Séjours avait été testé avec un logiciel (DEFIS) désormais caduque car jugé trop mal adapté et complexe. Il a été remplacé par un nouveau logiciel intitulé SOLFEGE. L'année de mise en production de FIDES-Séjours est toujours maintenue à 2022.

La CPAM souligne l'importance dans la perspective de FIDES-Séjours de mettre à jour le paramétrage des disciplines médico-tarifaires avant de relancer les tests.

Annexe 8 : Entretien avec le chef de projet informatique

Des tests FIDES-Séjours ont été menés. Toutefois, le moteur de facturation DEFIS déployé par la DGOS n'a pas donné satisfaction et les tests n'étaient pas concluants. Le principe de DEFIS était de rajouter un dispositif à côté de la gestion administrative de malade et non de manière intégrée. Cette disposition a relativement complexifié les processus, donc leur fiabilité. Ce qui a été fait avec la première phase FIDES-Séjours ne peut être réutilisé.

Aussi, la DGOS a annoncé le déploiement d'un nouveau moteur de facturation, SOLFEGE. A la différence de DEFIS, SOLFEGE sera plus intégré car interfacé avec la GAM par un web service dans le SIH.

Toutefois, l'interfaçage demeure un point sensible pour l'ensemble du projet. En effet, pour l'ensemble des expérimentateurs, le circuit des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables est géré par des logiciels non intégrés dans le SIH. La seule liaison entre ce logiciel de pharmacie et la facturation est un fichier FichCOMP pour déclarer ces molécules via la plateforme e-PMSI. Au CHA, le fichier de DMI-MO est fabriqué par le contrôle de gestion qui constitue le FichCOMP manuellement. Ces interventions manuelles sont à rebours du principe de facturation au fil de l'eau où les données doivent circuler sans délai ni intervention manuelle.

D'autant plus si la refacturation n'est pas possible avec FIDES-Séjours pour la partie AMO, il est nécessaire qu'elle soit complète en temps réel par des circuits informatisés. L'idéal serait donc que chaque pose de DMI-MO déverse systématiquement les informations dans la GAM.

A défaut d'automatisation, les délais avant facturation devront être déterminés pour la saisie des actes et des DMI-MO. La DGOS a développé MOCA. Il s'agit d'un applicatif servant à identifier les dossiers pouvant être facturés. Il permet également de bloquer en facturation ceux qui sont susceptibles de recevoir un acte exonérant ou un DMI-MO.

MOCA est un moteur qui effectue des contrôles en plus de la GAM afin de fournir une liste de travail. Cette liste identifie les dossiers pouvant être facturés car ils sont exhaustifs. Le positionnement de ce moteur de facturation n'est pas encore connu. Il sera soit à part, soit intégré à la GAM.

Un autre point de vigilance porte sur la valorisation par le DIM. Au regard de la séparation des fonctions DAF-DIM, notamment au motif de la confidentialité, aucun des deux acteurs n'a de visibilité sur les données de l'autre, à l'exception du chef de projet informatique. A cela s'ajoute le fait qu'il y a peu de visibilité sur les recettes dans le fonctionnement actuel dans la mesure où la facturation est déposée sur e-PMSI une fois par mois. Avec FIDES, le rythme de facturation va devoir changer et impliquer davantage de coordination pour facturer tous les jours.

En cas de reprise des tests FIDES, les besoins côté SIH seraient :

1. Interfaçage entre GAM et logiciels DMI-MO pour envoi automatique vers moteur de facturation sans action manuelle
2. Recopier la base de production sur l'environnement FIDES-Séjours (un serveur est actuellement dédié FIDES-Séjours)
3. La GAM doit intégrer ou disposer d'un appel contextuel vers MOCA pour la préparer la facturation et vers solfège pour émettre la facturation. Le circuit et le niveau d'intégration de ces deux dispositifs n'est pas connu à ce jour. A ce titre, le CHA est en attente d'une nouvelle version de la GAM livrée par InterSystems, à installer en base de test pour qualification.

L'EAI est Ensemble d'InterSystems. FIDES-Séjours n'a pas d'impact sur l'EAI si ce n'est d'éventuelles interfaces à rajouter (cf. supra). La DSI du CHA n'a pas d'information à ce jour de l'éditeur, si ce n'est concernant ROC. En effet ce sont les mêmes équipes d'InterSystems qui gèrent à la fois ROC et FIDES-Séjours. Toujours dans l'objectif d'automatiser pour enlever de la surveillance manuelle, les ARL devront être intégrés dans la GAM et un applicatif devra envoyer un mail en cas d'ARL négatif.

Annexe 9 : Entretien avec le médecin DIM

Le CHA est établissement pilote dans le cadre du projet FIDES-Séjours du projet SIMPHONIE. La coordination avec le bureau des entrées implique de fonctionner avec le logiciel MOCA. Celui-ci identifie parmi les dossiers non facturés ceux susceptibles d'être complets, tant côté PMSI que gestion administrative du malade. La valorisation du dossier est proposée afin de pouvoir prioriser le traitement des dossiers en facturation.

Toutefois, le logiciel MOCA sous sa dernière version n'était pas intégré mais positionné en dehors des outils actuels. Ceci a provoqué de multiples dysfonctionnements au point qu'au regard des lenteurs du système, il était presque inutilisable. La DGOS doit développer une nouvelle version du logiciel, davantage intégrée dans les applicatifs métiers et possédant une meilleure ergonomie.

Concernant les interfaces avec le bureau des entrées, plusieurs réunions ont eu lieu pour se coordonner à l'occasion des tests de facturation. Parmi les rejets constatés, un certain nombre relèvent de paramétrages. Pour se coordonner, il sera également important de disposer suffisamment tôt des données depuis les unités de soins ce qui reste encore parfois difficile selon les spécialités. La centralisation du codage ne peut suffire à fluidifier la facturation. Il s'ajoute l'absence d'interface pour les DMI-MO.

Dans l'organisation du DIM, une technicienne d'information médicale a été désignée référente pour FIDES-Séjours. Il y a donc un interlocuteur désigné. Elle sera chargée de suivre le dossier et d'assurer la formation de ses collègues. Des démarches d'optimisation du codage sont réalisées pour identifier les pistes d'amélioration (environ 750 000€ en 2019). Une partie de l'équipe est chargée du contrôle qualité.

Les membres de l'équipe chargés de l'identotivigilance sont davantage en contact avec les agents du bureau des entrées. Pour FIDES-Séjours, il faudra probablement constituer une équipe dédiée, formée par la TIM référente, pour que les agents du bureau des entrées aient en permanence un interlocuteur.

La reprise des tests et du projet sont suspendus à l'aval de la DGOS et à la livraison de MOCA. Un cabinet de consultants sera missionné pour accompagner l'établissement, une enveloppe a été donnée par l'ARS à cet effet.

Annexe 10 : Entretien avec l'encadrement supérieur

L'AAH du service exerçait jusqu'à il y a trois ans la fonction de TSH du secteur. Elle exercé au préalable dans le service facturation d'un établissement de taille nettement inférieure.

Le fonctionnement du BE pour FIDES-ACE est décrit comme relativement maîtrisé. Les relations avec la CPAM et la trésorerie sont satisfaisantes en termes d'échanges d'informations, réactivité, coordination et alertes sur des situations sensibles.

Il existe différents profils d'agents : plus jeunes à l'accueil, plus anciens en facturation. Des agents polyvalents (accueil et facturation) ont été mis en place pour renforcer le front-office ou le back-office selon les besoins. La maîtrise de la facturation est décrite comme hétérogène selon les personnes mais globalement de niveau satisfaisant.

Toutefois, un accompagnement important est relaté comme nécessaire pour faire fonctionner le service. En effet, l'AAH doit intervenir sur différentes tâches relevant du niveau opérationnel pour :

- Renseigner les équipes en cas de cas ou situations complexes
- Assurer une partie de la réponse téléphonique émanant des unités de soins (correction de mouvements, réclamations d'usagers, renseignements ou modification de traits d'identité, délais d'enregistrement importants...)
- Assurer certaines tâches de facturation (Implicit, USMP)
- Contrôler les ARL dans l'EAI.

Elle est également chargée de plusieurs tâches relevant de l'encadrement de proximité :

- Relier et corriger les plannings
- Mener des réunions de secteurs avec les opérationnels pour gérer les informations ascendantes/ descendantes, réguler les personnes et les situations
- Assurer l'encadrement de proximité et le pilotage du secteur en l'absence du TSH dont la quotité est de 80%
- Mettre à jour les plannings informatisés (AgileTime) des heures supplémentaires effectuées
- Entretiens annuels d'évaluation

Bien qu'ayant un bureau partagé dans le bâtiment de la direction générale, elle choisit d'occuper un bureau (seul) au sein du BE pour pouvoir superviser l'activité. Le niveau de

sollicitation, physique et téléphonique est décrit comme très important. Il est à noter que l'entretien d'une heure a été interrompu à huit reprises par des appels, majoritairement des unités de soins. Ceci nous indique qu'un réel besoin des secteurs opérationnels est à prendre en considération.

Elle est intéressée par son métier et satisfaite de l'expertise qu'elle a pu développer. Elle partage ses connaissances auprès des membres de l'équipe. Ceci lui confère une assise supplémentaire en termes de légitimité.

Le taux d'encadrement du service est décrit comme insuffisant, un autre adjoint aurait selon ses propos été nécessaire pour qu'elle puisse pleinement exercer ses fonctions d'encadrement supérieur en étant soulagée de l'encadrement de proximité. Ce d'autant plus que sa seule adjointe est à temps partiel et contrainte sur le plan horaire pour raisons familiales.

La transition vers la fonction d'AAH a été vécue comme difficile en raison notamment :

- De son mode de management (participatif) très différent par rapport à son prédécesseur (plus directif)
- De la difficulté à stabiliser le recrutement d'un adjoint. De plus, une période prolongée sans adjoint l'a contrainte à assurer l'ensemble de l'encadrement du secteur.
- Du niveau important de besoin en pilotage de l'équipe
- De l'absentéisme perlé chronique qui perturbe les organisations au quotidien et mobilise du temps d'encadrement

Pour ces différentes raisons, l'exercice de la fonction d'AAH se situerait en permanence à la lisière entre l'agent expert, le cadre de proximité et le cadre supérieur.

Afin d'optimiser l'organisation, un pool chargé du contentieux a été créé il y a deux mois. Il s'agit d'un groupe d'agents ayant vocation à devenir des agents experts dans le domaine de FIDES. Il est relaté que le positionnement dans un bureau à part situé à la direction générale, le fait de rectifier les erreurs de gestion et l'installation rapide sans véritable contrôle interne rend parfois difficile le management de ce groupe qui revendique un ascendant. Ces difficultés seraient d'autant plus présentes pour l'encadrement de proximité. Il est envisagé par la DAF que certains agents puissent accéder au grade de TSH sous condition d'expertise technique dans le domaine de la facturation. La montée en compétence est alors un enjeu important, d'autant que les disparités sont une source de tensions. Toutefois, cette évolution statutaire à équivalence avec le cadre de proximité tend à majorer certaines tensions et interrogations.

Annexe 11 : Entretien avec l'encadrement de proximité

Titulaire de deux Masters, la TSH du service déclare que le management du secteur implique beaucoup d'encadrement de proximité. Le cadre est particulièrement sollicité et doit dédier à cet accompagnement un temps important.

Concernant FIDES-Séjours, le besoin actuel porte sur de l'information suffisante, fiable et précise. Le principal risque réside dans le caractère anxiogène du changement si les informations communiquées aux équipes sont trop abstraites. Même si au final il y a peu de changement dans les habitudes de travail, le simple fait que des changements de repères soient en perspectives peut générer un niveau important d'anxiété chez les collaborateurs.

Ceci est d'autant plus le cas pour les personnes ayant une certaine ancienneté. Il peut être difficile d'apporter de nouvelles manières de travailler, surtout si elles s'appuient sur des informations instables.

Le travail du BE a beaucoup évolué ces dernières années et à impliqué une importante montée en compétences. Outre le besoin en accompagnement du changement, cette situation engendre le fait que certains agents effectuent des tâches qui sont différentes de celles pour lesquelles ils ont été recrutés.

Le travail des agents est caractérisé par un niveau important d'interruption. Ces interruptions viennent majoritairement de la réponse téléphonique liée à l'activité du secteur. Une amélioration a pu être constatée lorsque des agents ont été dédiés à la réponse téléphonique, tant pour la facturation des ACE que des hospitalisés. Outre le fait que les facturières étaient moins dérangées, cela a permis à certains agents détachés du guichet d'avoir une vision plus globale. En effet, des agents d'accueil sont affectés en facturation pour deux mois afin de les appels ainsi que d'autres tâches comme le courrier, les fax, le renfort au guichet si besoin ou les retours de prises en charge). La gestion du papier est importante car tout n'est pas dématérialisable à court terme.

Un autre point de difficulté est l'absentéisme. Il est quotidien, et d'autant plus important à l'échelle d'une équipe de 60 personnes physiques. Il peut atteindre jusqu'à 5 personnes dans la même journée en plus des congés annuels programmés.

Dans la communication sur le projet il sera important de bien communiquer en précisant les impacts des réorganisations ou évolutions sur le quotidien des agents. Beaucoup de précautions sont à prendre pour rassurer et limiter le flou. Une réunion sur FIDES-Séjours avait eu lieu il y a longtemps et celle-ci avait déclenché beaucoup d'inquiétude malgré des propos qui n'étaient pas anxiogènes.

Outre la gestion de l'anxiété, il s'agit aussi de ne pas ralentir le rythme actuel de la facturation qui est satisfaisant. En cas de stress trop important, cela pourrait ralentir les facturières et se propager aux autres secteurs non concernés par ricochet.

Enfin, en cas d'audit du secteur, il sera important de bien rappeler que l'on évalue les pratiques en vigueur sur l'établissement et non les personnes dans une logique de contrôle sanction.

D'une manière globale, au plus la démarche d'accompagnement sera participative et l'expression facilitée, au plus ce dispositif permettra aux agents de garder la main sur l'organisation.

Annexe 12 : Outils d'enquête et listes de préconisations

	CONSTATS	PRIORITE	PRECONISATIONS
QUALITE FACTURATION	Légère augmentation du délai de facturation FIDES-ACE (de 29 à 34j) sur le dernier trimestre		Contrôler si le délai de facturation a rediminué après la clôture. Si le délai n'a pas diminué, mener des investigations plus poussées sur les délais de facturation des ACE pour identifier les facteurs de ralentissement.
	Augmentation des rejets FIDES-ACE pour divergence de référentiel (acte/spé praticien...)		Investiguer en priorité un échantillon de 20 dossiers rejetés 2020 en lien avec assurance maladie pour les motifs de rejets FIDES-ACE suivants (53% des 15 rejets les plus fréquents) : <ul style="list-style-type: none"> * MNT.DEMANDE>MNT CALCULE T2A PUBL * ETABLISSEMENT : MONTANT DEMANDE DIFFERENT DU MONTANT CALCULE * LE TAUX DE REMBOURSEMENT DEMANDE EST DIFFERENT DU TAUX DE REMBOURSEMENT CALCULE * LE CONTRAT CMU-C/C2S OU ACS TRANSMIS ESTE CELUI PRESENT AU REFERENTIEL * LA SPECIALITE DE L EXECUTANT N EST PAS AUTORISEE POUR L ACTE * LEXONERATION DU TICKET MODERATEUR CONNUE AU REFERENTIEL N A PAS ETE TRANSMISE
	Anomalies TP : code pays, pb d'adresse		Mettre en place des contrôles avant facturation (parcours de soins, cohérence acte/spécialité) par requêtes ou moteur de règles de la GAM Investiguer anomalie code pays avec éditeur ou (re)demandeur un correctif
RESSOURCES HUMAINES	Compétence facturation à harmoniser dans l'équipe SGAP		Formaliser des procédures écrites, organiser des sessions de formations par secteurs par AAH/TSH
	Taux d'absentéisme SGAP 2019 de 13,5% (hors CLM/CLD et hors BE Urgences) contre 8,2% CHA (hors CLM/CLD)		Annoncer et mettre en place un entretien systématique (AAH-agent) par tranche de 5j d'arrêt pour aborder le sujet de l'absentéisme, en comprendre les raisons sous-jacentes et élaborer un plan d'actions spécifique.
	AAH fortement sollicitée par téléphone		Isoler les données propres au SGAP dans la note de conjoncture institutionnelle
	Manque de temps d'encadrement supérieur pour pilotage et accompagnement FIDES-Séjour		Mener un audit de secteur concernant l'absentéisme (étude des données chiffrées, entretiens)
	AAH intervient à tous les niveaux (opérationnel => stratégique), lien avec historique de la prise de fonction		Réorganiser les tâches de l'ensemble du secteur pour libérer du temps d'encadrement supérieur (cf. cartographie)
	Important besoin de pilotage de proximité		Réorganiser les tâches de l'ensemble du secteur pour libérer du temps d'encadrement de proximité (cf. cartographie)
	Risque de confusion si statut identique entre cadre de proximité et agents experts.		Disposer d'1 ETP d'encadrement de proximité contre 0,8 ETP actuellement (remplacement ou augmentation de quotité)
	Optimisation de la répartition des tâches		Proposer au cadre de proximité de basculer sur un contrat d'ACH et non TSH si des agents sont nommés TSH
			Définir de manière officielle et transparente les conditions d'accès au grade de TSH en tant qu'agent expert dans la perspective d'une technicisation des postes avec FIDES-Séjours.
			Basculer certaines tâches spécifiques ACE sur un bureau transversal (IRM Durance, USMP)
		Retirer la gestion des codes erreurs hors User aux hospis pour le basculer sur un bureau transversal	
		Création d'un pool transversal supplémentaire qui centralisera la gestion des mouvements en heures ouvrables, traitera les codes erreurs hospis hors User, procédera aux émissions (ACE-Hospis) avec contrôle des ARL. Ses tâches devront être différéables pour pouvoir suppléer le guichet en cas d'absentéisme (cf. cartographie).	
SIH	Environnement FIDES à mettre à jour		Effectuer une copie de l'environnement de prod sur le serveur de test avant de reprendre les tests FIDES-Séjours
	Besoin nouvelle version GAM pour tester FIDES-Séjours		Solliciter l'éditeur pour disposer d'informations d'avancement sur le sujet
	Contrôle des ARL manuel dans l'EAI		Mettre en place un système de mail pour qualifier les envois de fichiers envoyés automatiquement par l'EAI aux agents chargés des facturations et aux cadres.
	Bases asymétriques SGAP (CDR-i) et CPAM		Problématiques nationales, institutionnelles ou hors périmètre. Pas de préconisation.
	Paramétrage des DMT-MT		
	Pas d'interface entre GAM et logiciels métiers DMI-MO		
	Traitement manuel des données DMI-MO		
Délai de saisie des actes et DMI-MO à normaliser		Former un/ des groupes de travail institutionnel sur ces deux sujets.	
PILOTAGE	Outils de pilotage de la chaîne de facturation à renforcer		Modéliser un processus de pilotage et un planning des opérations de contrôle de la chaîne de facturation
			Création d'un tableau de bord de pilotage de la chaîne de facturation partagé DAF - CdG - Cadres SGAP dans un répertoire partagé
	Traitement réglementaire une fois par mois		Voir avec le DIM s'il est possible de déposer un fichier sur ePMSI au moins 2x/mois

AUDIT DES GUICHETS

ITEMS QUESTIONNAIRE	Nb OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	OBSERVATIONS ENCADREMENT	PRECONISATIONS
Un document d'orientation (US/UF) est mis à disposition au niveau institutionnel et toujours présent à l'admission	0/6	3	Feuille peu présentée	OK
		2	Perte de temps pour chercher la bonne unité ou corriger l'UF d'affectation en gestion	OK
		1	Souvent lié à un oubli du patient	OK
		1	rdv pris par téléphone donc pas de feuille	OK
		1	Serait utile +++ pour cardio, hémato, pneumo, endocrino car plusieurs UF	OK MAIS TOUS SECTEURS
La CV est systématiquement mise à jour	1/6	4	Lancée systématiquement	OK
		1	Echecs de MAJ selon les boîtiers	OK
		1	Sur 15 guichets, plus de la moitié des boîtiers dysfonctionnement	NON 2 OU 3
		1	Parfois non MAJ par manque de temps	OK
		4	Lancés systématiquement mais parfois n'aboutit pas	OK
CDRI est fait systématiquement	2/6	2	CDRI est lancé en cas d'échec CDRI	OK
		1	CDRI est un des points positifs de TKC	OK
		1	Manipulation pour débloquer une "erreur GALSS" longue et complexe, surtout au guichet	OK
		1	En cas de pb CDRI, tous les dossiers doivent être recontrôlés a posteriori	NON PEUVENT SE SERVIR DE CV
La notion de traits stricts d'identité est connue et maîtrisée. Les demandes de changements UF, US, type de dossier font l'objet d'un circuit et d'une traçabilité organisés au niveau institutionnel	0/6	6	Importance des traits stricts reconnue et verbalisée après définition	FORMATION A REFAIRE
		5	Peu sollicités au guichet à ce sujet	CEUX PAR TELEPHONE NON TRACES SYST
		4	Cadre prévenu	OK
		4	Gestion prévenue	OK
		3	Service social prévenu	OK
Un système d'alerte est connu et formalisé en cas de dossier à risque	5/6	2	Demande d'1 journée d'acompte	OK
		2	Signature d'engagement de payer	OK
		1	Tracabilité dans l'identité TKC du patient pour avoir les informations à l'enregistrement	OK PEU ANONYME
		1	Ne sais pas si une procédure est formalisée	CONSIGNE ECRITE
		1	Il s'agit d'une consigne de l'encadrement	OK
		On ne peut pas modifier une anomalie d'immatriculation AMO dans TKC, il faut Clinicom	NC	Recommuniquez pour harmoniser les pratiques (signature engagement de payer, acompte, appel de la gestion, du cadre ou de l'AS, dans quels cas précisément). Formaliser ou MAJ une un protocole écrit.

AUDIT DES GUICHETS

ITEMS QUESTIONNAIRE	Nb OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	OBSERVATIONS ENCADREMENT	PRECONISATIONS
La procédure en cas de doute/ erreur d'identité est connue et maîtrisée.	6/6			
Sur la base de quels éléments prenez-vous l'initiative de modifier une identité?	6/6	Règles d'identité/ vigilances décrites et maîtrisées		
La procédure en cas de besoin de fusion d'identité est connue et maîtrisée.	6/6			
Les informations sur les débiteurs sont systématiquement recherchées dès l'accueil	6/6		EXISTE REPIQUAGE	Demander une évolution TKC pour que la totalité des données apparaissent dans TKC et éviter que les agents n'aient à aller aussi sur Clinicom.
Une réponse est systématiquement tracée en cas d'alerte sur un dossier	6/6	4. Annotations dans les renseignements TKC		
		2. Obligation d'aller dans TKC-Clinicom car certaines infos ne sont pas disponibles dans TKC		
		1. Alertes positionnées dans l'identité de TKC pour qu'elles soient visibles dès l'enregistrement		
		1. Ne sais pas si une procédure est formalisée		
		2. Pouvoir visualiser les antécédents de séjours dès le début de l'enregistrement dans TKC (comme Clinicom) permettrait d'éviter de redemander les coordonnées si le patient vient souvent (source de conflit)	OK	Formuler une demande d'évolution TKC pour disposer des antécédents de séjours récentes dès le début de l'enregistrement.
Améliorations organisationnelles		2. La signature de l'information au patient de ne pas amener de valeurs au cours de la préadmission pourrait avoir un intérêt limité. Les patients ne lisent pas, le rappel est oral, le formulaire n'engage pas le patient et cela contraint à scanner le formulaire.	OK	Réinterroger la pertinence de ce support et s'orienter vers une information orale dont le contenu du message sera harmonisé et validé en équipe pour s'assurer de son caractère percutant.
		1. Les patients reconvoqués en post op repassent par le guichet alors que leurs consultations sont itératives.	OK POURTANT ECRIT SUR LEUR RDV	S'assurer de la pérennité du dossier informatif et le cas échéant, organiser un circuit avec le PCE pour éviter le passage au guichet pour les suivis post-opératoires.
		1. Certains dossiers pourraient être gérés sur liste et non au guichet car les venues sont itératives (injections de fer pour la mater)	NON EXISTANT	Organiser un circuit de dossiers sur liste pour éviter le passage au guichet pour les injections de fer et la materité.
		1. L'absence de lien entre les DPI et TKC pour les coordonnées téléphoniques est source d'erreur ou de conflit si l'info a été mise à jour dans le service et que le SGAP réinterroge ou n'a pas le bon numéro	NON CAR DPI ET TKC MEME	Formuler une demande d'évolution TKC pour que le numéro de téléphone n'est ot Saisi qu'une seule fois.
		1. Pas de fiches à réinterroger	???	

Commentaire encadrement : : REPONSES COHERENTES ET HONNETES AU VU DES CONTROLES EFFECTUES PAR L'ENCADREMENT

AUDIT DES SECTEURS DE FACTURATION		
ITEMS QUESTIONNAIRE	Nb OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS
		COMMENTAIRES CADRES
		PRECONISATIONS
Il est possible de vérifier que la demande de PEC a bien été adressée	0/6	<p>4 Parfois échec transmission 4 axes</p> <p>3 Echec 4 axes surtout avec certaines mutuelles : Isanté, humanis, GFP, viamedis, aka</p> <p>1 Parfois le retour de PEC se met dans clinicom mais pas dans 4 axes</p>
Les réponses d'ALD sont données à 40j par le service	0/6	<p>1 Beaucoup de dossiers sont bloqués pour ce motif</p> <p>1 Difficulté à récupérer les A3 provoquant des retards de facturation, du CTX et des appels de patients mécontents</p> <p>1 Contacte le service en l'absence de retour de l'A3</p> <p>1 Les difficultés sont aléatoires, pas avec un service en particulier</p> <p>1 Certains services ne répondent pas du tout</p> <p>2 Liste des dossiers avec actes manquants dans clinicom.</p> <p>1 Si besoin tableau avec les actes BO saisis par le bloc.</p> <p>1 On va chercher avec la liste des actes BO, sinon signalement au cadre pour relanceur.</p> <p>1 Genre beaucoup de codes erreurs à débloquent</p>
Les actes de bloc sont saisis à 40j par le service	0/6	<p>1 Pas de priorisation, tous les dossiers doivent être traités</p> <p>2 Liste donnée par les cadres</p> <p>1 Point fait avec les cadres</p>
Le traitement des dossiers est priorisé. Comment?	3/6	<p>3 Pas de formalisation mais procédure connue et décrite</p> <p>2 Fiche réflexe disponible</p> <p>4 Pb surtout avec la cardio. Traité par téléphone car plus rapide.</p> <p>1 Pas de vision claire des nouvelles UF/ US. Besoin d'un support pour ces unités en particulier.</p> <p>1 La demande du service est tracée dans TKC</p> <p>1 Souvent quand bloc ambu devient bloc externe</p> <p>2 Appel téléphonique du patient, patient reçu, alerte TASSO</p> <p>1 Alerte par les guichets mais pas de procédure formalisée</p> <p>1 L'alerte est tracée et un code bloquant positionné</p> <p>1 Manque d'homogénéité des pratiques à l'instruction des dossiers entrants</p> <p>2 Contrôle identité et gestion</p> <p>1 Sur trois jours de décalage</p> <p>1 Si équipe en nombre car chronophage</p> <p>1 Ne sais pas</p> <p>3 Par les requêtes de Clinicom (codes erreurs)</p> <p>1 Peu fait car les entrants/ sortants prennent trop de temps</p> <p>1 Parfois les données sont manquantes au niveau des urgences car CDRI serait insuffisamment maîtrisé ou pannes informatiques</p> <p>3 Les cadres donnent une liste</p> <p>2 Sous le contrôle des cadres, les listes de codes erreurs sont traitées après la facturation</p> <p>1 Lancement d'une requête de contrôle des sortis à 20j et 40j</p> <p>1 Recherche par codes erreurs, périodicité aléatoire selon nb d'agents disponibles ou état d'avancement de la facturation</p> <p>1 Facilement visible dans la mosaïque Clinicom, moins visible dans TKC</p>
La gestion des NN, mineurs, étrangers, DCD fait l'objet d'une consigne ou procédure écrite	4/6	<p>1 Ces dossiers ne passent pas dans la chaîne de facturation</p> <p>6 Importance des traits stricts verbalisés dès définition des traits stricts</p>
Les demandes de changements UF, US, type de dossier font l'objet d'un circuit et d'une traçabilité organisés au niveau institutionnel	4/6	<p>1 OK. Accusé de réception disponible dans 4 axes, mais vérification non demandée</p> <p>OK. Echecs d'envoi traité par les cadres (zone mal remplie, pb numéro)</p>
Un système d'alerte est connu et formalisé en cas de dossier à risque	4/6	<p>1 Tester sur des échantillons de dossiers ciblés si besoin.</p> <p>Formuler des demandes de PEC en ligne pour ces organismes en attendant ROC pour éviter de perdre du temps de gestion.</p>
Les données sont reconstruites à la gestion des entrants	4/6	<p>1 Identifier statistiquement les 3 unités les plus impliquées dans la production de l'A3 avec difficultés de récupération (étude des codes erreurs par UF en requêtant sur 2 mois)</p> <p>1 Etendre la démarche d'investigation statistique et d'élaboration. Intégrer le renvoi des A3 dans les contrats de pôles.</p> <p>1 Mettre en place une requête automatique qui teste la présence de l'UF du bloc ou de la et la présence d'un geste chirurgical dans le serveur d'acte. La requête introduit un code erreur spécifique dans le dossier en l'absence d'acte.</p>
Les informations sur les débiteurs sont recherchées dès l'accueil	5/6	<p>1 Identifier en lien avec le DIM les dossiers onéreux.</p> <p>1 Introduire des priorités de traitement des dossiers qui conjugue les contraintes du DIM (codage et programme d'assurance qualité) et les impératifs de trésorerie</p>
Un suivi de l'encours de facturation est effectué et communiqué à l'encadrement. Comment, quand?	5/6	<p>1 RAS</p> <p>1 MAIL LORSQUE CREATION UF MAIS NON ORGANISE PAR L'INSTITUTION</p> <p>1 PAS TOUJOURS</p> <p>1 PAS LA MAJORITE</p> <p>1 OK</p> <p>1 OK A FAIRE</p> <p>1 OK</p> <p>1 Procédure de gestion des entrants à mettre à jour en lien avec les agents de gestion et du contentieux.</p> <p>1 Privilégier les appels téléphoniques de patients pour identifier les débiteurs au courrier papier.</p> <p>1 Identifier en lien avec le DIM les dossiers onéreux.</p> <p>1 Introduire des priorités de traitement des dossiers qui conjugue les contraintes du DIM (codage et programme d'assurance qualité) et les impératifs de trésorerie (privilégier les montants importants en début de mois).</p> <p>1 Investiguer les besoins en formation CDRI sur l'équipe des urgences</p>
Une alerte existe en cas de dossier non facturé à 40j	5/6	<p>1 Planifier les recherches par code erreur pour que les secteurs de facturation puissent piloter l'encours de manière autonome et rendre compte à l'encadrement à échéance concertée.</p>
La notion de traits stricts d'identité est connue et maîtrisée	1/6	<p>1 Communiquer auprès des secteurs les 5 traits stricts d'identité et leur rôle en identitovigilance.</p>

AUDIT DES SECTEURS DE FACTURATION			
ITEMS QUESTIONNAIRE	Nb OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	PRECONISATIONS
Les codes erreurs sont traités pour correction et déblocage	3	Requêtage par code erreur (liste) quand personnel en nombre	OK
	2	En moyenne une fois par semaine	OK
	1	Si code erreur non connu : non traité (rare)	OK POUR EXPLICATION
	1	Requêtage des dossiers bloqués par codes erreurs sur consigne des cadres ou quand personnel assez en nombre	OK
	6	Commentaires TKC	OK
	1	Sur papier	REPORTE ENSUITE SUR TKC
	5	Les urgences prennent le relais	OK PLUS OU MOINS
	6/6	Les demandes de corrections sont traitées H24 sans délai à la demande de l'unité de soins	PLUS LE MATIN MAIS PAS UNE REGLE
	6/6	La procédure en cas de besoin de fusion d'identité est connue et maîtrisée	OK
	6/6	Il est possible d'identifier qu'un dossier n'a pas eu de PEC ou de débiteurs. Comment?	OK
	6/6	Une réponse tracée est systématiquement formulée en cas d'alerte sur un dossier à risque	OK
	Sur la base de quels éléments prenez-vous l'initiative de modifier une identité?	6	Carte ID, passeport, livret de famille ou acte de naissance puis mail au DIM
1		Sortir la gestion des appels téléphoniques des bureaux de gestion car bruit+++	OK
2		Upgrade du métier en catégorie B car salaires insuffisants et de plus en plus de tâches nouvelles	OK
Amélioration organisationnelles			Investiguer l'origine des appels téléphoniques en interne pour mettre en place d'éventuelles actions correctives en matière d'UF/US (sécurisation de l'admission par une liste précisant l'UF d'admission des entrants du jour pour les 2 unités sensibles (cardio, onco)) Définir une politique d'évolution du métier et des critères d'évolution statutaire possible vers un corps classé en catégorie B sachant que les 3 secteurs (accueil, facturation, CTX) peuvent se prévaloir de contraintes plus importantes du fait de l'informatisation croissante

AUDIT DU CONTENITEUX DE FACTURATION			
ITEMS	NB OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	OBSERVATIONS ENCADREMENT
			PRECONISATIONS
Il est possible d'identifier qu'un dossier n'a pas eu de PEC ou de débiteurs. Comment?	0/4	Possible par les codes erreurs quand un dossier n'est pas facturé (hors User) sinon non possible.	Organiser le CTX sur la base des RAR pour le hors B2. Encadrement doit aider les agents du CTX à finaliser des outils de suivi pour ROC à partir des mutuelles déjà déployées. Définir une nomenclature de traçabilité des anomalies du CTX hors B2 pour que l'encadrement puisse les identifier et les prioriser dans la perspective d'un plan d'actions ciblé.
Le traitement des dossiers est priorisé. Comment?	1/4	Possible en B2 (par famille), pas en hors B2 (traitement de la pile en cours)	Organiser le traitement du contentieux à partir des RAR (B2 et hors B2) pour disposer de tableaux de suivis. Convenir avec la TP d'un délai moyen de recouvrement pour identifier les dossiers à traiter puis prioriser systématiquement le traitement du contentieux selon le montant (ex : titres à 5, 4, 3 chiffres). Traiter les 100% payants en priorité dans le courrier entrant
Le langage FIDES/ROC est maîtrisé pour pouvoir apporter des corrections ciblées	1/4	1 Uniquement pour les points les plus courants 1 Compétence à acquérir 1 Maîtrisé avec l'expertise métier	Organiser des sessions de travail sur tableau et non des formations généralistes sur Excel. Détacher AAH pour accompagner la montée en compétence FIDES-ROC afin qu'elle ne repose pas sur l'agent chargé du CTX B2.
L'exhaustivité des émissions est contrôlée. Comment?	2/4	1 Pointage seulement des numéros de bordereaux. Pas de visibilité si lot manquant 1 Visible en B2 par un contrôle des liquidations (somme facturée, somme liquidée) 1 Lot de 200 factures hors B2 non facturée retrouvé	Disposer d'alerte @ vers les cadres par l'interface en cas de fichier non transmis (plateforme ou serveur d'impression)
Si un lot n'est pas transmis, il est détecté et communiqué (cadres, DSI, TP, CPAM). Comment?	2/4	1 Non visible 1 Pas d'information 1 Par le RAR traité tous les 3 mois	Planifier le traitement du RAR, tracer les lots manquants pour mener des investigations avec l'éditeur ou la DSI (pb de taille, pb paramétrage organisme, pb saturation réseau etc...)
En cas de rejet persistant une alerte est formalisée et les cadres sont prévenus	2/4	2 Procédure graduée (1 : contrôle sur pièce puis renvoi, 2 : appel mutuelle, 3 : facturation au patient) 2 Autonomie+++. Recours aux cadres uniquement si échec ou montant élevé 1 Quand AAH fait le point ou en descendant récupérer les éditions de titre au SGAP 3 Via Nelly	Définir des critères précis d'alerte de l'encadrement en cas de dossier sensible (montant, types de débiteur, ancienneté du titre par rapport à la date de prescriptio d'assiette etc...)
Un contact CPAM est identifié et joignable si besoin	2/4	1 Via le numéro à 4 chiffres, pas d'interlocuteur dédié hormis pour la B2 1 Par @ 1 B2 oui mais pas hors B2	Après formation de nouveaux agents au CTX B2, prévenir la CPAM que ces nouveaux agents vont être amenés à solliciter ponctuellement son avis.
Le contentieux B2 et hors B2 fait l'objet d'un tableau de suivi	2/4	1 Chaque agent note le CTX qu'il a traité et centralise les informations sur un fichier partagé 1x/sem pour le hors B2 1 Des tableaux sont en cours de formalisation pour ROC 2 A partir des RAR	Encadrement peut aider les agents du CTX à finaliser des outils de suivi pour ROC à partir des mutuelles déjà déployées.
Il est possible de quantifier quotidiennement le nombre de dossiers selon leur niveau d'avancement de gestion (Attente PEC, attente débiteurs...). Comment?	2/4	1 Classement par banettes, date de demande (A3, attente PEC...) notée puis retraitement sous 15j. 1 Il faut attendre que l'opération de contentieux soit terminée pour pouvoir identifier les niveaux d'avancement de la procédure 1 Dossiers gardés sur le bureau si documents en attente ou montants importants 1 Pas d'indicateur en l'absence de tableau de suivi de l'encours 1 Oui en B2 car extractions des rejets + liste des dossiers facturés la veille + titres soldés + retours Noémie et croisement avec TCD 1 RAR sert de contrôle ultime	Encadrement peut aider les agents du CTX à finaliser des outils de suivi pour ROC à partir des mutuelles déjà déployées. Définir une nomenclature de traçabilité des anomalies du CTX hors B2 pour que l'encadrement puisse les identifier et les prioriser dans la perspective d'un plan d'actions ciblé. Renommer les familles de rejets (O1, O2 etc.) pour qu'elles soient davantage intuitives pour les autres secteurs que le contentieux

AUDIT DU CONTENITEUX DE FACTURATION			
ITEMS	Nb OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	OBSERVATIONS ENCADREMENT
			PRECONISATIONS
Les 100% payants sont contrôlés avant mise en facturation	3/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Montants élevés ou 100% payants 1. Fait tous les jours (20j) environ 1. Certains ne sont pas contrôlés (rare) le requête serait à revoir 1. En hospé pour les hors User 1. Uniquement si pb ou montant important 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK MAIS PAS AUTANT VISIBLE SUR CHAQUE SELECTION OK OK OK
Les principaux motifs de rejets sont signalés à l'encadrement régulièrement	3/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Investigations auprès des mutuelles en hors B2 puis remontées auprès de l'encadrement 1. Rejets B2 exportés tous les jours de CC et traités à 20j 1. Intégration dans un TCD pour analyse mensuelle et envoi au contrôle de gestion 2. Les rejets B2 sont importés par Nelly 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK OK OK OK
Les rejets sont importés tous les jours dans la GAM	3/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Les rejets TP ne sont pas importés dans CC 1. Suivi par banettes dédiées des rejets courriers (grands groupes de mutuelles, 1. Mise dans une pochette dédiée et abordé avec l'ensemble de l'équipe 1. Les piles et les listes adressées par les mutuelles indiquent le niveau d'avancement 2. Mail et téléphone à jour. Listes adressées par les mutuelles en retard car chronophage 1. Pas d'indicateur en l'absence de saisie dans un tableau en amont du traitement CTX 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK OK OK OK OK
Un suivi de l'encours de facturation est effectué et communiqué à l'encadrement. Comment, quand?	3/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. En B2, une fois par mois un tableau de suivi est adressé aux cadres (rejets traités, CTX en cours, lots en erreur, liquidations, taux de rejet calculé) 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK
La gestion des NN, mineurs, étrangers, DCD fait l'objet d'une consigne ou procédure écrite	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 4. Fiches réflexes sur Kaiweb 4. Renseignements dans TKC ou CC 1. Disparités de pratiques dans les annotations plus ou moins exhaustives 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK PAS D'ACCORD
Les événements de gestion des dossiers sont tracés	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mettre les informations dans renseignements et pas dans la page d'accueil ou la mosaïque mouvement car ces informations sont non identifiées et modifiables 1. TKC est moins ergonomique que CC pour le contentieux 3. Dans TKC ou CC 	<ul style="list-style-type: none"> LES EVENEMENTS DE GESTION SONT DANS ONGLET RENSEIGNEMENT ET NON MODIFIABLE OK OK
Un suivi spécifique est en place pour les dossiers sensibles.	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mis dans une banette spéciale avec 3 pochettes (à voir avec cadres, à vérifier, en attente de PEC) 1. Dossier gardé sur le bureau et transmis oralement à une collègue si absence 1. En B2, export quotidien des factures rejetées (code noémie 908), classement en famille de rejets, recontrôle de ces dossiers à 15 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK OK
Les interventions pour redresser un dossier sont tracées dans un historique	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 4. Dans les renseignements Clinicom et/ ou TKC 1. TKC moins ergonomique que CC pour le contentieux 1. Dans l'historique des rémissions 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK OK
Un travail sur les RAR est effectué régulièrement	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 1. Par ancienneté + montant pour éviter les forclusions 1. Chaque année est traité le RAR des années antérieures 1. Tableau envoyé à la CPU traité tous les 4 mois. 2. Chronophage +++ donc fait lorsque cela est possible 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK PAS NORMAL OK
Les rejets sont analysés	4/4	<ul style="list-style-type: none"> 2. Systématiquement 1. Rejets B2 exportés tous les jours de CC et traités à 20j 	<ul style="list-style-type: none"> OK OK

AUDIT DU CONTENITEUX DE FACTURATION				
ITEMS	ND OUI	OBSERVATIONS FORMULEES PAR LES AGENTS	OBSERVATIONS ENCADREMENT	
A partir de quels éléments prenez-vous l'initiative de modifier une ID? Améliorations organisationnelles	4	A partir d'une pièce officielle. Uniquement en provisoire puis @ au DIM pour validation	OK	RAS
	2	Besoin de formation Excel surtout TCD	OK	Organiser un session de formation excel ciblée sur les besoins du service et non généraliste
	1	Sachant que plusieurs courriers de rejets sont parfois envoyés pour le même titre, obligation de passer plusieurs fois sur le même dossier en l'absence de tableau de suivi	AUTRES MODALITES DE TTT A ETUDIER	
	1	Par le système actuel, l'impression de ne jamais être à jour car des courriers arrivent tous les jours	NORMAL EN CONTENTIEUX	Organiser le CTX sur la base des RAR pour le hors B2.
	1	Bénéfice depuis que le CTX a été positionné à la DG : plus sollicitée pour le guichet (absentéisme, pause déj) donc plus de temps pour avancer.	PAS FORCEMENT VISIBLE	
	1	Enquêtes à renforcer et à harmoniser en termes de pratiques (courrier automatique, parfois un appel au patient fait gagner du temps à tous les bureaux)	PAS D'ACCORD FAIT EN GESTION	Investiguer le besoin éventuel de formaliser une procédure d'enquête pour harmoniser et optimiser les pratiques
	1	Certaines mutuelles ne prenant pas 4 axes, ne pas générer de dde de PEC mais adressée fax ou en ligne.	FAIT, SANS OBIET	Investiguer avec 4 axes les anomalies si besoin
	1	Beaucoup de CTX sur les urgences externes au niveau des mutuelles, contrôles à renforcer	CONTROLES FAITS ET A RENFORCER	Mettre en place un contrôle des dossiers urgences externes ciblé sur les heures à forte affluence (Dossiers créés entre 17h30 - 20h30 mis de côté ou identifiés par requête)
	1	Limiter les reclassements professionnels alors que le métier est exigeant et nécessite des compétences	OK	Contractualiser les essais et convenir d'un changement de service en cas d'inadéquation au terme d'un délai corrélaté au profil de l'agent.

Annexe 13 : Matrice des compétences

IDENTITE	ADMISSIONS	ACE	HOSPIT	POOL	REGIES	CTX	URGENCES	TOTAL
Agent n°1	1			1			1	3
Agent n°2	1						1	2
Agent n°3							1	1
Agent n°4	1						1	2
Agent n°5	1						1	2
Agent n°6	1						1	2
Agent n°7							1	1
Agent n°8	1						1	2
Agent n°9	1							1
Agent n°10							1	1
Agent n°11	1		1					2
Agent n°12	1		1	1				3
Agent n°13	1						1	2
Agent n°14	1			1			1	3
Agent n°15	1		1	1			1	4
Agent n°16	1						1	2
Agent n°17	1		1	1				3
Agent n°18	1			1				2
Agent n°19	1					1		2
Agent n°20							1	1
Agent n°21	1							1
Agent n°22	1		1					2
Agent n°23	1							1
Agent n°24	1		1					2
Agent n°25	1	1						2
Agent n°26	1	1		1				3
Agent n°27							1	1
Agent n°28	1						1	2
Agent n°29	1		1					2
Agent n°30						1		1
Agent n°31							1	1
Agent n°32	1					1		2
Agent n°33	1							1
Agent n°34	1		1					2
Agent n°35	1	1						2
Agent n°36							1	1
Agent n°37	1							1
Agent n°38	1		1					2
Agent n°39	1		1					2
Agent n°40	1							1
Agent n°41							1	1
Agent n°42	1							1
Agent n°43							1	1
Agent n°44		1	1			1		3
Agent n°45	1			1			1	3
Agent n°46	1		1			1		3
Agent n°47	1	1						2
Agent n°48	1	1						2
Agent n°49							1	1
Agent n°50							1	1
Agent n°51	1							1
Agent n°52	1		1					2
Agent n°53	1				1			2
Agent n°54	1		1					2
Agent n°55	1		1		1			3
Agent n°56	1							1
TOTAL	43	6	15	8	2	5	23	102

Annexe 14 : Cartographie des tâches par fonction

	ORGANISATION ACTUELLE	ORGANISATION CIBLE
PROCESSUS MANAGEMENT	<p>AAH (1 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluations Pilotage ROC Suivi facturation ROC Supervision process facturation Contrôle des dossiers annulés sans réémission (CAC) Suppléance encadrement de proximité Recrutements Identivigilance Réunions par secteur Formation continue des agents (factu/ IDV) Suivi tableaux Ovalide/ Rafaël Lien avec DIM Contrôle plannings - arbitrage si pb Planification des astreintes urg. Commandes Lyréco/GMAO/Gildas Gestion des appels téléphoniques des unités de soins Suivi Implicity Supervision des dossiers parcours USMP (facturation) 	<p>AAH (1 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluations (=> TSH) Pilotage ROC (=> CTX) Suivi facturation-ROC (=> CTX) Supervision process facturation Contrôle des dossiers annulés sans réémission (CAC) Suppléance encadrement de proximité Recrutements Identivigilance Réunions par secteur Formation continue des agents (factu/ IDV) Suivi tableaux Ovalide/ Rafaël Lien avec DIM Contrôle plannings - arbitrage si pb (=> TSH) Planification des astreintes urg. (=> TSH) Commandes Lyréco/GMAO/Gildas (=> TSH) Gestion des appels téléphoniques des unités de soins (=> PG) Suivi Implicity (=> PG) Supervision des dossiers parcours (=> PG) USMP (facturation) (=> PG)
	<p>TSH (0,8 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Messagerie cadres.SGAP Gestion des guichets Transformation de dossiers Gestion des plannings VIDHOSP sans débiteurs PIE Longs séjours Lien avec PASS Réclamation usagers Envoi des liquidations B2 et vérification des ARL Régul des pb logiciels à l'accueil Création des débiteurs Annulation/clôture des dossiers 	<p>TSH (0,8 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Messagerie cadres.SGAP Gestion des guichets Transformation de dossiers Gestion des plannings - Evaluations (2021) VIDHOSP sans débiteurs PIE Longs séjours Lien avec PASS Réclamation usagers Envoi des liquidations B2 et vérification des ARL (=> CTX) Régul des pb logiciels à l'accueil Création des débiteurs Annulation/clôture des dossiers (=> PG) Contrôle des plannings Planification astreintes urg. Commandes Lyréco/GMAO/Gildas MAJ fiches techniques
PROCESSUS ADMISSIONS	<p>ADMISSIONS (14,9 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Accueil Création des dossiers Réclamations Orientation du public Aide à la saisie des PEC 	<p>REGIES (1 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépôt/ restitution des valeurs des urgences Gestion des documents du patients laissés aux urgences Comptes DFT Règles avances/ recettes Dispatching courrier/ fax Recours contre tiers
	<p>ADMISSIONS (13,7 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Accueil Création des dossiers Réclamations Orientation du public Aide à la saisie des PEC 	<p>REGIES (1 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépôt/ restitution des valeurs des urgences Gestion des documents du patients laissés aux urgences Comptes DFT Règles avances/ recettes Dispatching courrier/ fax Recours contre tiers => (PG)
PROCESSUS FACTURATION	<p>ACE (4,6 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Saisie des actes Rétrocessions Facturation des ACE Courrier/@ IRM de la Durance USMP 	<p>HOSPIT (6,9 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion des entrants/ sortants Retours de PEC Courrier/ @ Appels téléphoniques externes Relations internationales Gestion ROC (Pro BTP) Lancement facturation hospita par User Gestion des codes erreur
	<p>ACE (4 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Saisie des actes Rétrocessions Facturation des ACE Courrier/@ IRM de la Durance (=> PA) USMP (=> PG) 	<p>HOSPIT (5,8 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion des entrants/ sortants => (PG) Retours de PEC Courrier/ @ Appels téléphoniques externes Relations internationales Gestion ROC (Pro BTP) Lancement facturation hospita par User Gestion des codes erreur (=> PG)
PROCESSUS TRANSVERSES	<p>POOL (2 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Renfort guichet Création dossiers sur liste + préad Gestion des récurrents Saisie des actes labo extérieurs Relations internationales Gestion des tableaux de vaccination de la mission SP Création des TSM 	<p>POOL ADMISSIONS (2 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Renfort guichet Création dossiers sur liste + préad Gestion des récurrents Saisie des actes labo extérieurs (+ NVI Cvt) Relations internationales Gestion des tableaux de vaccination de la mission SP Création des TSM IRM Durance
	<p>POOL (2 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Renfort guichet Création dossiers sur liste + préad Gestion des récurrents Saisie des actes labo extérieurs Relations internationales Gestion des tableaux de vaccination de la mission SP Création des TSM 	<p>POOL GESTION (1,9 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion des appels téléphoniques des unités de soins (Suivi Implicity) Supervision des dossiers parcours Annulation/clôture des dossiers Lancement facturation hospita globale Gestion des codes erreurs (déblocage) Envoi des liquidations B2 et vérification des ARL Contrôle qualité de dossiers Gestion des DNO - Gestion ACE ss acte + MTU USMP Recours contre tiers Gestion des sortants <p>IVG - Facturation dossiers hospita sans vérif.</p>
PROCESSUS GESTION DES NON CONFORMITES	<p>CONTENTIEUX (3,6 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion des rejets B2 (AMO) Gestion des rejets hors B2 (AMC/ payants) Contrôle facturation des hospitalisés payants RAR Lancement facturation hospita 	<p>CONTENTIEUX (3,6 ETP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion des rejets B2 (AMO) Gestion des rejets hors B2 (AMC/ payants) RAR Contrôle facturation des hospitalisés payants => (PG) Lancement facturation hospita => (PG) Suivi facturation ROC

Annexe 15 : Planning de réorganisation du BE

CALENDRIER DE PREPARATION DE FIDES-SEJOURS

ACTIONS		SEMAINES															
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
PHASE 1 : PREPARATION DE LA REAFFECTATION DE TACHES POUR LIBERER DU TEMPS D'ENCADREMENT Du 13/02/2020 au 30/04/2020	Rencontre CP pour présentation projet																
	Annnonce réorganisation à l'équipe (création Pool gestion + interchangeabilité + encadrement)																
	Appel à candidature pour 2 postes en Pool Gestion																
	Préparation audits bureaux hosp/contenieux (logigramme process SGAP, identification des points critiques, indicateurs de suivi des points critiques, méthode de contrôle interne, grille d'audit)																
	Réalisation d'audits bureaux hosp/contenieux, formalisation supports de restitution																
	Restitution audit CP																
	Réalisation fiches techniques pour transmission compétences AAH, Plan d'actions après audit																
	Choix candidats Pool Gestion																
	CA P.BRUN																
	Formalisation supports contrôle interne bureaux hosp/contenieux																
Mise en place du Pool Gestion																	
PHASE 2 : MISE EN PLACE DU POOL GESTION		30-mars	31-mars	01-avr	02-avr	03-avr	04-avr	05-avr	06-avr	07-avr	08-avr	09-avr	10-avr				
PG	Démarrage gestion des appels téléphoniques des unités de soins et des messages de conversion																
AAH	Stop gestion des appels téléphoniques des unités de soins																
PG	Démarrage lancement facturation hospit globale																
CTX	Stop lancement facturation hospit globale (et partielle)																
PG	Démarrage gestion des codes erreurs (déblocage)																
HOSP	Stop gestion des codes erreurs (déblocage)																
PG	Démarrage annulation/clôture/ conversions des dossiers																
TSH	Stop annulation/clôture des dossiers																
PG	Démarrage envoi des liquidations BZ/ DRE et vérification des ARL																
TSH	Stop envoi des liquidations BZ et vérification des ARL																
PG	Démarrage IVG - Facturation dossiers hospis sans vérif. déjà fait (passage d'un agent aux autres)																
ACE	Stop IVG - Facturation dossiers hospis sans vérif.																
PG	Démarrage messagerie cadres.SGAP en l'absence des cadres																
ACE	Stop messagerie cadres.SGAP en l'absence des cadres																
PG	Démarrage gestion USMP déjà fait (passage d'un agent aux autres)																
ACE	Stop gestion USMP																
PG	Démarrage supervision des dossiers parcours																
AAH	Stop supervision des dossiers parcours																
PG	Démarrage longs séjours en l'absence du cadre (nvelle gestion encore peu fiable report mal)																
ACE	Stop longs séjours en l'absence du cadre																
PG	Pas avant Mai car nouvelle modalité de facturation non maîtrisée																
AAH	Stop suivi Implicity (NC)																
PG	A transférer au pool admissions qu'il a déjà en charge ponctuellement																
ACE	Démarrage gestion des DNO - Gestion ACE ss acte + MTU (NC passe sur ACE ou pool admmsions)																
ACE	Stop gestion des DNO - Gestion ACE ss acte + MTU																

Soit reste aux ACE, soit va au pool admissions car elles en font déjà ponctuellement => à arbitrer

Annexe 16 : Test de corrélation entre ancienneté et nombre de compétences

Afin de déterminer s'il existe une relation entre l'ancienneté au CHA et le nombre de champs de compétences maîtrisés, les données ont été soumises au test de corrélation de Pearson, l'âge et le nombre d'années exercées au CHA étant deux variables quantitatives. L'ancienneté de chaque agent au CHA constitue la série de variables indépendantes et le nombre de postes pouvant être occupés la variable dépendante. Le résultat au test étant de $-0,1061813$, il n'existe pas de corrélation linéaire positive ou négative entre l'ancienneté au CHA et le fait d'être mobile sur différents postes.

Annexe 17 : Planning des entretiens (audits des secteurs opérationnels)

PLANNING AUDITS SGAP				
Date	Heure	Secteur	Audit�	Lieu
25-févr	13h30	Guichets	M62	Bureau vide
	13h45	Guichets	G18	Bureau vide
	14h00	Guichets	G27 ou G18	Bureau vide
26-févr	13h30	Hospi	Leila	Bureau vide
	13h45	Hospi	Caroline	Bureau vide
	14h00	Hospi	Martine	Bureau vide
27-févr	10h30	Guichets	J36	Bureau vide
	10h45	Guichets	G03	Bureau vide
	11h00	Guichets	J38	Bureau vide
28-févr	11h00	Hospi	Anais	Bureau vide
	11h15	Hospi	Natacha	Bureau vide
	11h30	Hospi	Paule	Bureau vide
	13h30	CTX	Vanina	Bureau WG
	13h45	CTX	Nelly	Bureau WG
02-mars	13h30	CTX	Najia	Bureau WG
	13h45	CTX	Sylvie	Bureau WG

GUIOL	Wilfried	Octobre 2020
Directeur d'hôpital Promotion 2020		
Préparer FIDES-Séjours : une opportunité managériale. L'exemple du CH d'Avignon.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Mines Paris-Tech		
<p>Résumé :</p> <p>En moins de 10 ans, la T2A et la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) a induit une véritable rupture managériale au sein des services de facturation. FIDES-Séjours est annoncé pour mars 2022. Au CH d'Avignon, établissement pilote, le bureau des entrées et le DIM vont devoir se préparer à facturer de manière synchronisée. Au niveau financier, il sera indispensable de contribuer à maîtriser le BFR par une facturation de qualité, car les séjours MCO représentent plus de 60% des produits de l'établissement.</p> <p>A ce titre, accompagner les ressources humaines pour améliorer l'organisation du bureau des entrées et développer les compétences figure parmi les principaux leviers du projet. Sachant que la démarche comme les outils étaient à construire, le dispositif élaboré a consisté à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un audit selon une méthodologie spécifique pour identifier les besoins ; - Optimiser la répartition des tâches entre chaque type de poste, encadrement inclus ; - Faciliter l'harmonisation des compétences au sein de l'équipe par une cartographie, la mise en place d'un système d'autoévaluations coconstruites avec les acteurs. <p>Au final, ce travail illustre que privilégier les constats de terrain pour mieux accompagner les ressources humaines selon leurs besoins, est à la fois une source de valorisation pour les équipes et un gage d'efficacité au service de la performance.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>FIDES-Séjours, facturation, bureau des entrées, DIM, trésorerie, BFR, management, accompagnement, compétences, amélioration continue, performance, réorganisation.</p>		
<i>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.</i>		