



**EHESP**

---

**Master 2 Parcours AMOS**

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **juin 2022**

---

**Le rôle de la dotation modulée à  
l'activité dans le pilotage de l'activité  
des Soins de Suite et de Réadaptation**

*L'impact de la réforme de financement de 2022*

---

**Antonine CHAUMEIL**



---

# Remerciements

---

Merci à Monsieur Ollivier, mon tuteur académique, pour ses conseils et ses encouragements lors de la réalisation de ce travail.

Merci à M. Allemand, mon directeur de master, pour cette dernière année d'études à l'EHESP, pour votre bienveillance, votre disponibilité et pour vos enseignements.

Merci à Mme RIBEIRO-DIAS, ma tutrice d'entreprise, pour sa disponibilité, sa bienveillance et sa patience lors de la réalisation de ce travail, pour ses relectures, merci pour tout.

Merci à M. FOUCHE, mon tuteur d'entreprise, pour sa confiance et sa patience lors de la réalisation de ce travail.

Merci à Mme FERRE pour tous les échanges que nous avons pu avoir, de sa bienveillance et son intérêt pour ce travail.

Merci à tout le service de contrôle de gestion de LNA santé, de leur humour, de leur bienveillance et de leurs encouragements lors de la réalisation de ce travail.

Merci à Caroline et Florine pour vos encouragements, vos relectures et vos conseils si importants. Merci pour ces deux dernières années, je vous souhaite de la réussite dans vos projets à venir.

Merci à Carole pour les moments passés à échanger sur nos travaux respectifs, pour tes éclairages et ta pertinence.

Merci à ma famille, mon entourage, pour vos encouragements et pour vos nombreuses relectures.



---

# Sommaire

---

<b>CHAPITRE 1 : LE CONTROLE DE GESTION DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SUITE DE READAPTATION .....</b>	<b>3</b>
SECTION 1 : LE CONTROLE DE GESTION ET LA SANTE .....	3
I. <i>Apparition du contrôle de gestion dans les années 1990 : contraintes financières et besoin de lisibilité</i> .....	3
A) Construction du système de sante privé .....	3
B) Contexte juridique de la contractualisation dans le secteur de la santé .....	4
C) La contrainte financière nécessitant une optimisation des coûts et un besoin de contrôle accru.....	5
II. <i>Le cycle du contrôle de gestion</i> .....	6
A) Le contrôleur de gestion : utilité et place dans l'organigramme .....	6
B) Le cycle et contenu du contrôle de gestion .....	8
C) Rôle du CDG dans l'accompagnement au changement .....	9
III. <i>Explications et définitions des Business Intelligence</i> .....	11
A) Définition des Business intelligence.....	11
B) Le rôle du contrôleur de gestion à l'ère de la Business intelligence .....	11
C) Spécificité des BI dans la santé .....	12
SECTION 2. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION .....	12
I. <i>Brève histoire des SSR</i> .....	12
A) Les missions des établissements de SSR .....	13
B) Naissance des SSR.....	14
II. <i>La réforme des autorisations du secteur</i> .....	17
III. <i>Mode de financement actuel des SSR : réforme du financement</i> .....	18
SECTION 3. L'ENTREPRISE LNA SANTE .....	19
I. <i>Organisation de l'entreprise</i> .....	19
A) Organisation générale.....	19
B) Organisation du service .....	20
II. <i>Présentation de l'outils JEDOX et de Business Object</i> .....	20
<b>CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>23</b>
SECTION 1 : REVUE DE LITTERATURE ET ETUDE DOCUMENTAIRE .....	23
I. <i>La méthode de la revue de littérature</i> .....	23
A) Justification .....	23
B) Objectifs .....	23
C) Biais.....	24
D) Réalisation .....	24
II. <i>Étude documentaire</i> .....	24
A) Justification et objectifs .....	24
B) Les biais.....	24
SECTION 2. ÉTUDE TERRAIN : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS .....	25

I.	<i>Protocole de l'enquête</i> .....	25
A)	Justification de l'enquête .....	25
B)	Objectifs de l'enquête .....	25
C)	Type d'études et les biais qu'il comporte.....	25
II.	<i>Population étudiée</i> .....	26
A)	Population cible et population source.....	26
B)	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	26
C)	Caractéristiques de la population étudiée .....	26
III.	<i>Techniques d'enquêtes</i> .....	26
A)	Le guide d'entretien .....	26
B)	Méthode d'analyse.....	26
 <b>CHAPITRE 3 : L'APPREHENSION DE LA DMA : CHANGEMENT DE PARADIGME POUR LE SECTEUR DE LA</b>		
<b>READAPTATION .....</b>		<b>29</b>
SECTION 1. LA COMPTABILISATION DE LA DMA .....		29
I.	<i>La dotation modulée à l'activité : un process macro complexe</i> .....	29
A)	Explications du codage du séjour .....	29
B)	Les modalités de valorisation : ATIH & OVALIDE.....	31
C)	Quid d'une comptabilisation au fil de l'eau.....	32
II.	<i>La valorisation de la DMA : un processus mobilisant de nombreux acteurs</i> .....	33
A)	Un process fragilisé par sa multiplicité de sources.....	33
B)	Un process fragilisé par ses nombreux intervenants.....	34
C)	Un process fragilisé par un manque de contrôle.....	35
SECTION 2 : UNE REFORME IMPACTANT LA QUALITE DES SOINS .....		36
I.	<i>La dotation modulée à l'activité voulue comme miroir des ressources consommées par les établissements</i> .....	37
A)	La place des ergothérapeutes, des éducateurs en activité physique adaptée et des kinésithérapeutes ..	37
B)	Quid de la pluridisciplinarité inscrite dans le nouveau PMSI SSR.....	38
C)	Valorisation des actes de rééducations : les actes spécialisés (CSARR).....	39
II.	<i>Des professionnels devant se sentir concernés par cette réforme</i> .....	40
A)	Des professionnels las de l'annonce de cette réforme.....	41
B)	Rôle de la TIM & de la cadre pour amorcer ce changement.....	42
C)	La crainte de la baisse de la DMS par les professionnels .....	43
SECTION 3 : UNE REFORME IMPACTANT LE PILOTAGE STRATEGIQUE DES SSR.....		44
I.	<i>Une meilleure valorisation de l'activité de l'établissement</i> .....	44
A)	Reflet des prises en charge au plus près de la réalité.....	44
B)	Un meilleur pilotage stratégique pour la direction opérationnelle.....	45
C)	Le contrôleur de gestion et la DMA : quid d'une aide au pilotage .....	47
II.	<i>Des dérives possibles</i> .....	48
A)	Une possible sélection en amont des patients et une réduction de la DMS.....	48
B)	La place sensible du codage .....	49
 <b>CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS.....</b>		<b>51</b>

<i>I. La place du contrôleur de gestion dans le groupe .....</i>	<i>51</i>
<i>II. Considération du changement chez LNA santé .....</i>	<i>52</i>
<i>III. Nécessité de clarification du processus de comptabilisation de la DMA.....</i>	<i>52</i>
<i>IV. Axer le pilotage opérationnel.....</i>	<i>52</i>
<b>LIMITES &amp; CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>57</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : agence	MECS : maisons d'enfant à caractère sanitaire
ARS : agence régionale de santé	MPR : la médecine physique et de réadaptation
BI : Business intelligence	NBJP : nombre de journées de présence
CA : chiffre d'affaires	NPM : new public management
CCAM : Classification commune des actes médicaux	ONDAM : objectif national de dépense de l'assurance maladie
CDG : contrôle de gestion	PMCT : le poids moyen du cas traité
CHU : centre hospitalo universitaire	PMJT prix moyen journalier
CHU : centre Hospitalo-universitaire	PMSI : Le programme de médicalisation des systèmes d'information
CM : catégorie majeure	PRS : projet régional de santé
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie	RH : ressources humaines
CSARR : le catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation	RHS : résumés hebdomadaires standardisés
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	SI : système d'informations
DIM : département d'information médicale	SID : système d'information décisionnel
DMA : dotation modulée à l'activité	SIH : système d'information hospitalier
DMS : durée moyenne de séjours	SROS schéma région d'organisation des soins
EPR : les états pauci-relationnel	SSR : soins de suite et de réadaptation
EPR : entreprise ressource planning	TIM : la technicienne d'information médicale
EVC : états végétatifs chroniques	
FAE : facture à établir	
FHP : Fédération hospitalière privée	
FNP : facture non parvenue	
GHS : groupe homogène de séjours	
GME : groupe médico-économique	
GMT groupe médico tarifaire	
GN : groupe nosologique	
HC : hospitalisation complète	
HDJ : hôpital de jour	
IFAQ : incitation financière à la quali	
ISLE : Indices synthétiques de lourdeur économique	

« Contrairement aux autres spécialités, on va s'occuper d'un organe, on prend le patient dans la globalité, le but étant de vraiment améliorer la qualité de vie du patient »

- *Parole d'un médecin extrait des entretiens*

« Plusieurs délégations de la Fehap tirent la sonnette d'alarme. À moins de neuf mois de la mise en œuvre effective de la réforme du financement des SSR, les études d'impact n'ont toujours pas été transmises. **Une opacité qui soulève les inquiétudes sur le manque de maturité du modèle,** alors qu'un éventuel ajustement se ferait dans un délai contraint » (Robillard, 2022). La crise Covid a retardé de nombreuses réformes. Celle du secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR) en fait partie. La réforme sur le financement du secteur devait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, désormais les phases transitoires ne débiteront qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Après l'introduction de la tarification de l'activité (T2A) pour la médecine-chirurgie obstétrique (MCO) en 2005, l'idée d'un même système de tarification pour les SSR est apparu. En 2010 les premiers travaux commencent. Le nom de T2A n'a pas été retenu pour les SSR, mais celui de DMA : de dotation modulée à l'activité. La T2A a bouleversé la manière de fonctionner des activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO), en sera-t-il de même pour les activités de SSR ? Les réflexions sur la mise en place des financements à l'activité ont débuté à la fin du XXème lors de la crise de la dette souveraine. Les pouvoirs publics introduisent les LOLF (loi organique relative aux lois de finances) en 2001 avec un objectif de maîtrise des dépenses et des ressources. L'objectif affiché est une rationalisation des dépenses de l'État. Pour le système de la santé c'est l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) qui traduit de cette rationalisation. Cependant, la mise en place de la DMA s'opère dans un autre contexte, celui de crise sanitaire, de crise climatique et sociale. L'augmentation de la part de DMA sera-t-elle aussi acceptée que la T2A ?

La T2A avait permis le développement du contrôle de gestion en santé (CDG). Le terme « contrôle de gestion » vient de l'anglais « management control » (Bouquin, 2005). Le mot « *control* » se traduit par « *maîtriser, vérifier* » et non « *contrôler* » (Redslob, 2013). Alors un flou est posé sur ce métier. Pour Gervais, le CDG est « le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées, avec efficacité, efficacité et pertinence, conformément aux objectifs de l'organisation, et que les actions en cours vont bien dans le sens de la stratégie définie » (Gervais, 2009). Le contrôleur de gestion n'est pas celui qui vient contrôler, sanctionner, mais bien vérifier et apporter une aide aux managers. Il ne fournit pas exclusivement des données financières aux dirigeants : « si contrôler le tableau de bord est absolument nécessaire, le « contrôle » ne permet pas, à lui seul, d'atteindre l'objectif » (ibidem), le contrôle de gestion permet aussi de piloter des données extra financières. Est-ce que les missions du CDG sont différentes pour les activités de SSR ? De nombreuses sources de littérature sont disponibles concernant le CDG en MCO, mais peu le sont en SSR. Ces deux secteurs d'activités ne rencontrent pas les mêmes enjeux. Les SSR ont pour objectif de « prévenir ou réduire les conséquences

fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion »<sup>1</sup> alors qu'en MCO, c'est de traiter la phase aigüe de la maladie. Le SSR peut être considéré comme le parent pauvre du système de santé pourtant il représente le troisième poste de dépenses de l'ONDAM hospitalier en 2016, derrière les deux postes de MCO (T2A et MIGAC).

Les établissements de santé font face à de nombreuses contraintes : financières, institutionnelles, territoriales, rendant le pilotage d'un établissement complexe. Le pilotage c'est la conduite d'une stratégie préalablement définie. La stratégie peut se définir comme « l'art de construire des avantages concurrentiels durablement défendables. » (Porter, 1982). Mais peut-on parler d'avantage concurrentiel dans le domaine de la santé ? L'essence même de ce secteur public n'est pas de faire du profit, mais de répondre à l'intérêt général. C'est le paradoxe que porte le secteur privé lucratif de la santé en France. Entre ultra-compétitivité et contraintes réglementaires, le secteur privé à but lucratif complète la couverture en soins du territoire, répondant ainsi à l'intérêt général. Les établissements privés comme publics doivent alors mettre en application les différentes réformes impulsés par les pouvoirs publics.

La réforme du financement des SSR a été retardé par l'urgence sanitaire et se prépare non sans difficultés dans les établissements de santé. Entre attente et appréhension, la DMA pourrait changer le fonctionnement du monde de la réadaptation. La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) justifie cette réforme par de grandes disparités du taux de recours, du taux d'équipement et du niveau de financement entre les SSR (DGOS, congrès FHP (Fédération Hospitalière Privée) du 16 juin 2022). Qui, in fine, "aboutissent à des disparités dans l'accès aux soins" (ibidem). Le but de la DMA, est affiché comme un moyen de responsabiliser les acteurs sur la pertinence de la prise en soins et de leurs consommations de ressources. L'un des points importants de la réforme de financement des SSR est l'augmentation la part de DMA dans les revenus des établissements passant de 10% à 50%

***Alors, en quoi l'augmentation de la part de DMA modifie-t-elle le pilotage de l'activité d'un établissement SSR ?*** Pour répondre à cette question il nous faudra aborder les fondamentaux du PMSI SSR et étudier le mode de calcul de la DMA. Ce travail se compose de quatre parties distinctes. Une revue de littérature permet de contextualiser la réflexion : qu'est-ce que le SSR ? Que fait le contrôleur de gestion ? (Chapitre 1). La méthodologie de l'enquête terrain sera détaillée dans le chapitre 2. Une fois ces parties exposées, il sera plus aisé de comprendre le changement de paradigme impulsé par cette réforme de financement (Chapitre 3). Enfin, les limites de ce travail et une conclusion seront détaillées après une proposition de quelques recommandations (chapitre 4).

---

<sup>1</sup> Code de la santé publique – Article R6123-118.

## **CHAPITRE 1 : Le contrôle de gestion dans le secteur des soins de suite de réadaptation**

Dans le présent chapitre, trois grands thèmes seront abordés : le contrôle de gestion et le monde de la santé, l'histoire des SSR et une présentation de l'entreprise dans laquelle ce travail a été réalisé. Afin de comprendre et saisir les enjeux de la DMA, il est important de souligner les particularités du secteur dans lequel le CDG évolue.

### **Section 1 : Le contrôle de gestion et la Santé**

---

Dans cette section, il sera présenté l'apparition du contrôle de gestion dans les années 90 (I), son cycle au sein de l'établissement (II) et enfin le rôle du contrôleur de gestion dans l'accompagnement au changement (III).

#### **I. Apparition du contrôle de gestion dans les années 1990 : contraintes financières et besoin de lisibilité**

Tout d'abord, nous rappellerons la construction du système de santé privé (A), nécessairement encadré par un contexte juridique mouvant (B) qui s'adapte aux réalités économiques (C).

##### **A) Construction du système de santé privé**

Pour comprendre la place du contrôle de gestion dans le secteur de la santé, exposons les différentes phases de construction de notre système de santé moderne. Bien souvent réduite à la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) en 1958 par R. Debré, la construction du système actuel est bien plus complexe. En effet, « Lorsque l'on parle de l'hospitalisation, on évoque essentiellement l'hospitalo-centrisme et de l'hôpital public. » (Claveranne et al., 2003). Pour autant, occulter les acteurs privés du système de santé serait un biais de la compréhension globale du système et de d'autant que leur place est de plus en plus prépondérante

Nous distinguons trois typologies de cliniques : la clinique artisanale, la clinique lego et la clinique de groupe. Ces typologies doivent être comprises dans un sens chronologique. Tout d'abord la clinique artisanale, « le plus souvent créée par un chirurgien, un médecin dans l'immédiat après-guerre » (ibidem) exerçant sa spécialité et dotée d'un plateau technique. Ensuite, dû à l'augmentation des coûts des innovations technologiques, la clinique lego apparaît, regroupant plusieurs praticiens de santé avec plusieurs spécialités (ibidem). Enfin, l'ultra-concurrence du secteur de la santé privée a amené à « des mouvements de concentration (qui) ont marqué la fin d'un actionariat médical ou familial au profit de groupes gestionnaires spécialisés, recentrant le pouvoir décisionnel et les outils de management vers les sièges. » (Lartigau, 2009). Basé sur un modèle de holding, le pouvoir décisionnel se situe désormais au niveau des sièges. Cette typologie

représente désormais entre 10 et 15% du marché, sachant que le secteur privé représente désormais 25% du nombre de lits et de places en France en 2018 (DRESS, 2018) .

Rappeler ce panorama permet de comprendre la place allouée au contrôle de gestion dans le secteur de la santé, en particulier dans le secteur privé. Cependant, selon Lartigau, le contrôle de gestion a tardé à s'implanter dans le domaine de la santé pour trois raisons :

1. « L'absence du profit comme thème unificateur de la fonction contrôle de gestion,
2. La difficulté de trouver une relation causale entre ressources engagées et résultats,
3. L'inexistence d'un véritable marché dans lequel s'exprimerait la demande ».

Les enjeux du contrôle de gestion dans le secteur de la santé reposent également sur le contrôle de l'organisme de tutelle et du retraitement comptable. En outre, pour comprendre la naissance du contrôle de gestion, il faut s'attarder sur les modes de financement successifs du système engendrant le besoin d'un contrôle de plus en plus important.

### **B) Contexte juridique de la contractualisation dans le secteur de la santé**

L'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi Hôpital Santé, Patient et Territoire (HSPT) de 2009 ont pour but de simplifier le régime juridique des établissements de santé (Raimondeau, 2020). La loi HSPT de 2009 est le prolongement de la loi du 9 août 2004, qui cherche à simplifier la régionalisation des politiques de santé. Cette régionalisation comprend la création des Agences Régionales de Santé (ARS), le Projet Régional de Santé (PRS) et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

La simplification de la régionalisation des politiques de santé passe également par la modification de la gouvernance hospitalière. La création des « pôles d'activités » ou des « pôles de soins » bouleversent l'organisation des établissements. Précédemment organisés en centre de responsabilités, ces nouveaux « pôles » ont été également mis en place dans un contexte de régionalisation de l'offre en soin ; avec comme substrat juridique de fond la loi Boulin de 1971. Abrogée par la suite, elle mettait en avant la région comme cadre territorial des dépenses. Depuis les années quatre-vingt, cette régionalisation du système de santé oblige une révision des outils utilisés, comme le projet d'établissement ou les contrats pluriannuels.

Les conséquences premières conduisent à l'hybridation du rôle du médecin (Burellier et al., 2019) passant de praticien à celui de manager. Cette hybridation s'inscrit dans les logiques du New public Management (NPM) et de nouvelle gouvernance hospitalière. Le NPM est une logique d'organisation du travail « reposant sur les trois E « Economie, Efficacité, Efficience », capables de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients » (Haepere, 2012) . L'analyse médico-économique et le contrôle de gestion inspirés des outils du secteur privé

s'insèrent alors dans la logique d'organisation et de management hospitalier. Les notions de performance et d'efficience rentrent dans la culture des pôles comme une ligne directrice de travail. Le terme de performance est ambiguë lorsqu'il est employé dans le secteur public. En effet, dans le secteur privé le but de la performance est le profit. Le profit n'étant pas l'essence du service public alors la performance va être mesurée en termes d'efficience, d'efficacité et de pertinence (Sicotte, 2018).

### C) La contrainte financière nécessitant une optimisation des coûts et un besoin de contrôle accru

Depuis les années 1980, le New Public Management (NPM) s'est développé dans tous les pays de l'OCDE. Dans un contexte français d'augmentation des coûts du service public, et d'un vieillissement de la population, la réorganisation opérationnelle et budgétaire (Lartigau, 2009) est devenue une priorité des pouvoirs publics. Le NPM s'inspire du fonctionnement du secteur privé adapté au secteur public pour le conduire dans une logique de rationalisation et d'optimisation des coûts (Alonso et al., 2015). Cette logique de rationalisation et d'optimisation des coûts poursuit trois objectifs :

1. Une lutte contre le cloisonnement entre les services à l'hôpital. Avec pour objectif de chercher à « responsabiliser les professionnels de santé en association avec la direction générale » (Bréchat et al., 2010),
2. La généralisation de la contractualisation,
3. L'optimisation des dépenses de santé tout en améliorant son efficacité, c'est-à-dire accroître son « efficience » (ibidem).

Les trois points cités précédemment ont entraîné une déconcentration des structures de santé et « (...) la délégation de gestion au profit des centres de responsabilité (qui) a permis d'établir les bases d'une fonction contrôle de gestion qui n'existait pas jusqu'alors » explique Lartigau. Auparavant, les établissements de santé étaient rémunérés au prix de journées ou avec une dotation annuelle globale. C'est la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005

#### Focus - Qu'est-ce que la T2A ?

La Tarification à l'activité est basée sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le PMSI permet de classer les patients en groupe homogènes de malades puis dans un ou plusieurs groupes homogènes de séjour pour déterminer le tarif applicable.

(Ministère de la santé, 2022)

qui va cristalliser la place du contrôleur de gestion. Elle va créer un lien entre l'activité réelle de l'établissement et le financement qu'il reçoit pour cette activité. Avec l'utilisation du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) on assiste à une véritable structuration des budgets. Le rôle du contrôle de gestion était limité, il se contentait de faire état des dépenses, sans possibilité de comprendre leurs origines (Lartigau, 2009). Désormais, la mise en place de la T2A nécessite une information comptable qui n'est plus seulement limitée aux dépenses. Le contrôle

Antonine CHAUMEIL - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2022

de gestion a désormais la possibilité d'accéder à des informations détaillées sur l'origine des recettes grâce au PMSI.

Néanmoins, la seule mise en place de la T2A ne fait pas des établissements de santé des entreprises commerciales ou industrielles. Le contrôleur de gestion doit prendre en compte les spécificités du secteur (privé comme public). On distingue « trois logiques (...) souvent en tension : la logique médicale, la logique soignante et la logique administrative. Or, c'est par la sphère administrative que les outils de gestion pénètrent à l'hôpital. Leur bonne implantation dépend alors de la possibilité de les adapter aux besoins des professionnels de santé et de leur activité. » (Waelli & David, 2018). C'est là toute la mission délicate du contrôleur de gestion de s'adapter à ses interlocuteurs.

Mais qui est le contrôleur de gestion ? Comment effectue-t-il ses missions dans un environnement si particulier ?

## II. Le cycle du contrôle de gestion

Après avoir expliqué le contexte et le cadre dans lesquels se situe le contrôle de gestion, nous verrons en quoi il a une place fluctuante au sein des établissements (A). Le cycle du contrôle de gestion de son efficacité seront exposés (B) ainsi que la place qu'il peut avoir dans les changements organisationnels (C).

### A) Le contrôleur de gestion : utilité et place dans l'organigramme

E. Ollivier donne une définition précise de qui est le contrôleur de gestion et explique son rôle dans l'organisation : « le *contrôleur* de gestion participe à la construction de la *décision* mais en aucun cas n'est le *décideur*. Le *contrôle* de gestion est donc un outil d'aide à la *décision* ». En étant rattaché le plus souvent à la direction générale, il est indispensable dans l'aide au pilotage des établissements. Sa fonction clef, au centre de toutes les fonctions (Ressources humaines (RH), comptabilité, département d'informations médicale (DIM)) lui permet de produire des données pour répondre au mieux aux besoins de ses interlocuteurs. Le contrôleur de gestion ne tient pas la barre du bateau, mais il va indiquer la meilleure trajectoire possible en fonction de la force du vent : « C'est un travail d'analyse afin de *réussir* à optimiser au mieux la performance. » (Ollivier & Daran, 2018).

Pour un contrôle de gestion efficace, trois éléments sont indispensables : le fichier ou les données de structure, le système d'information décisionnel et une comptabilité analytique. Le fichier de structure permet d'organiser les responsabilités, de fixer les contraintes externes, donner les objectifs de l'institution et fixer la logistique des systèmes d'informations. Une comptabilité

analytique fiable qui analyse les dépenses les rapprochant des produits est essentielle pour mesurer les écarts (par exemple, par rapport au budget ou à la tendance), pour définir des objectifs de gestion et enfin pour orienter la stratégie de l'entreprise. Enfin, le système d'information décisionnel (SID) permet de regrouper les différentes données, de les organiser et de les croiser. L'importance des SID est exponentielle dans un système où l'on souhaite un nombre important d'informations (cf section 1/ III.).

Le contrôleur de gestion a deux rôles principaux : celui de fiabilisateur de la donnée et celui d'aide au pilotage. Pour mener à bien sa mission, il endosse le rôle de « vérificateur de l'information produite inclut des activités plutôt techniques qui visent notamment à garantir la fiabilité des données (Lambert & Sponem, 2009). Cependant, il ne doit pas être réduit à cette seule fonction. C'est souvent le cas, car cette activité est très chronophage (Reutter et al., 2021). Si les différents services de l'établissement fonctionnent en silo, il est alors très ardu pour le contrôleur de gestion d'accéder aux informations dont il a besoin et encore plus de vérifier leur fiabilité. C'est encore plus le cas dans la santé car les données médicales sont particulièrement sensibles, tout comme les données de la masse salariale. L'accès aux plateformes métiers comme Hôpital Manager, Prodim, Ovalid etc... est un enjeu clefs pour analyser des données fiables. Le système d'information de l'établissement a un impact direct sur la fiabilité des données, s'il est optimal (par exemple, peu de données sont dites déclaratives, mais automatisées par des process comptables définis). Les « business intelligence » jouent un rôle essentiel dans cette fiabilisation du contrôle de gestion, qui sera développé en section 2 de ce chapitre.

Son second rôle est celui de "Business Partner" qui « vise à produire et analyser de l'information financière et non financière pour conseiller et soutenir la prise de décision des managers de l'organisation » (Cavelius, 2016). Il ne faut pas non plus réduire le contrôleur de gestion à sa seule analyse de données économiques. Dans la santé, le contrôleur de gestion peut être rattaché directement à un médecin chef de pôle et doit avoir la capacité d'analyser des données médicales pour élaborer des budgets de projets médicaux par exemple. Dans le contexte actuel de pénurie de soignants, il est de plus en plus demandé au contrôleur de gestion de faire des analyses relevant du domaine des ressources humaines sur la masse salariale.

La différence entre le secteur public et privé est le milieu concurrentiel dans lequel se trouve les établissements privés à but lucratif. De plus, leur mode de financement est différent du secteur public. S'ils n'ont pas une vision claire de leurs ressources, de leurs leviers d'actions en termes de pilotage stratégique et opérationnels, les établissements peuvent ne pas renouveler ses autorisations, voire fermer. La maturité des systèmes de gestion est différente d'un secteur à l'autre. Cependant, « Le système hospitalier a fait l'objet très tôt de tentatives de transposition de

schémas issus du monde industriel et commercial » (Lartigau, 2009) et de plus en plus les deux systèmes convergent, malgré des contraintes différentes, le plus souvent de nature juridique. Alors « (...) les outils du contrôle de gestion en établissement peuvent se rapprocher des techniques des entreprises privées et s'en inspirer. »(Baly, 2015), mais la spécificité du secteur de la santé et sa complexité (Waelli & David, 2018) nécessite un contrôle de gestion qui ne peut se borner à être un contrôle de gestion industriel et commercial.

La place du contrôle de gestion diffère d'un établissement à l'autre. En fonction de son rattachement, ses missions peuvent différer. Comme l'illustre ce schéma ci-dessous, un rattachement possible à la direction générale directement (figure 5) soit au sein de la direction des affaires

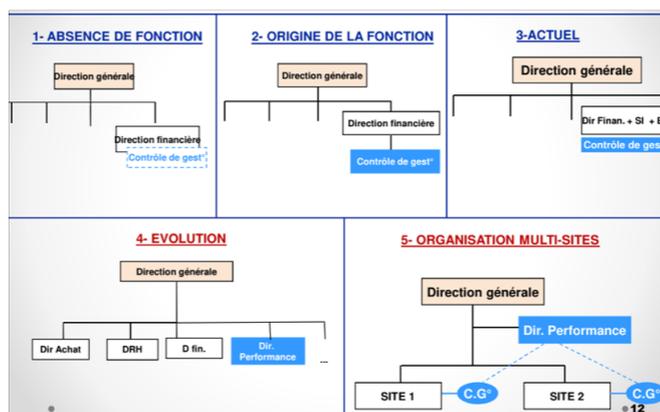


Figure 1. Cours de Contrôle de Gestion E. Ollivier, 2022

de la direction de la performance. Il peut être également déporté dans les différentes structures, c'est le cas du cadre administratif de pôles dans les établissements publics.

La place qu'a le contrôleur de gestion au sein de l'établissement va déterminer la manière dont il va communiquer ses données, en fonction d'où on se situe dans le cycle de gestion.

### B) Le cycle et contenu du contrôle de gestion

La mise en place d'un contrôle de gestion moderne s'articule autour de trois grandes étapes. L'auteur P. Lorino donne une clef de lecture intéressante des outils utilisés par le secteur privé à appliquer dans le secteur de la santé. En premier lieu, une phase de diagnostic ; c'est la vision globale de la situation de l'établissement. Ensuite, une phase de pilotage instaurant le dialogue de gestion c'est-à-dire « la manière dont l'entreprise entend se piloter, en termes de culture et de logique globales de pilotage (...), de structure de pilotage (...), de politiques d'entreprise (...) et d'animation de gestion (...) » (Lartigau, 2009). Enfin une phase d'anticipation visant à basculer d'un mode de gestion réactif à proactif où l'on cherche à évaluer les actions mises en place. Cette phase d'évaluation est essentielle, elle constitue un moment clef permettant un réajustement si nécessaire des outils établis. Selon J. Birkinshaw, cette phase a lieu grâce à une standardisation des nouveaux outils de gestion, des certifications et du dossier patient (Birkinshaw et al., 2008).

Si l'on étudie la fiche de poste des contrôleurs de gestion hospitalier, Nathalie l'Hostis liste six grandes missions du contrôleur de gestion :

1. L'élaboration et l'utilisation de la comptabilité analytique
2. Le maintien et le développement du fichier commun de structure
3. La conception et l'utilisation d'outils de gestion et de pilotage, de type indicateur de suivi et tableaux de bord
4. La réalisation d'études, notamment médico-économiques
5. L'analyse de données et la communication de résultats
6. La promotion du contrôle de gestion et d'un pilotage performant (L'Hostis, 2021)

Cependant, le contrôleur de gestion n'évolue pas dans un environnement figé. Ces dernières années, de nombreuses réformes voient le jour et il revêt un rôle non négligeable dans l'accompagnement au changement des établissements (Lartigau, 2009)

### C) Rôle du CDG dans l'accompagnement au changement

#### *(1) Qu'est-ce que le changement organisationnel ?*

Pfeffer donne une définition intéressante du changement organisationnel. Selon lui, ce sont les personnes qui justifient les changements, les rendent légitimes et accessibles à la compréhension de tous et qui parviennent à rendre les transformations efficaces. Autorité et pouvoir doivent être alors associés pour que les changements soient effectifs au sein des organisations. Il ne faut réduire le changement organisationnel à des enjeux de pouvoirs mais il faut aussi prendre en considération les « joueurs ». Pour lui, il est important qu'une fois que « (...) vous avez une vision claire du jeu, il est important d'avoir une vision claire également des joueurs » (Pfeffer & Pfeffer, 1997).

Kotter souligne également l'importance de ces « joueurs » dans le changement. Pour lui « les changements ne se jouent pas dans les projets, mais par l'attitude et la posture des managers au quotidien. Il met en avant le rôle structurant et hautement contributif du manager dans les processus » (Autissier & Metais-Wiersch, 2018). Leurs investissements déterminent ainsi leurs pouvoirs et leurs capacités à impulser les changements. Selon Kotter, le manager se situe dans l'opérationnel, il organise, planifie, contrôle et tente d'embarquer l'ensemble de ses collaborateurs vers la réponse aux objectifs fixés.

#### *(2) La culture du changement et le contrôleur de gestion*

Le contrôle est défini comme « (...) un outil d'interaction ouvrant des espaces de discussion : espace de construction conjointe, au travers de la discussion, d'une perspective commune, d'un point de vue partagé entre acteurs différents qui servira de point d'appui à l'action collective » (Detchessahar, 2013). Si l'on reprend la notion de pilotage définie par E. Ollivier, « celle-ci vise à

mesurer les événements à venir, anticiper les phénomènes, alerter à la moindre dérive du cap », alors le contrôleur de gestion pourrait être « un acteur majeur du changement » (Touchais & Herriau, 2009). En effet, le contrôle de gestion est à l'interface de tous les acteurs et il est également un outil d'aide au pilotage. Il revêt ce rôle « en stimulant et en encadrant leurs initiatives et expérimentations sources d'apprentissage et de production des savoirs. » (Ibidem)

Le changement dans le système de santé est omniprésent. La volatilité de l'activité est énorme : l'incertitude du nombre de patients, de leurs pathologies, l'offre en spécialistes etc. Il faut avoir une capacité à s'ajuster à ces paramètres, ce qui fait de la santé un système complexe (N. Sirven, 2021). S'ajoute à cela une dimension juridique omniprésente : c'est l'état qui contrôle le marché de santé. A travers l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), il régule les financements et à travers le régime des autorisations et le nombre d'établissements de santé sur le territoire. Ce qui fait de la santé un monopsonne régulé par l'état. En régulant l'offre (en quantité et en prix) il pousse les acteurs à une adaptabilité importante.

Deux réformes majeures se succèdent en ce moment, la réforme de la psychiatrie et celle des soins de suites et réadaptation. On se demande alors si le contrôleur de gestion a une place dans ce changement. Selon Shields, il est réduit à « en subir les conséquences compte tenu de son inadéquation avec le nouveau contexte stratégique et organisationnel. » ou bien il est le moyen d'implantation des outils décidés en amont (Touchais & Herriau, 2009). Tandis que pour Simons, le contrôle de gestion peut être vu comme un « outil de construction et de structuration du changement ». Il aurait trois rôles :

1. Il contrôle la source de changement avec les systèmes d'information. Il permet de mettre en avant les problèmes et analyse les changements nécessaires pour y remédier.
2. C'est un outil véhiculant le changement car « les systèmes de contrôle peuvent faciliter l'adaptation aux nouveaux environnements et stratégies de l'organisation » (Langfield-Smith, 1997) tout en accompagnant « le processus de changement organisationnel en jouant un rôle pédagogique considérable en communiquant les nouvelles réalités organisationnelles » (Touchais & Herriau, 2009)
3. Il structure le changement grâce à un contrôle qui est double : à la fois diagnostic et interactif.

Cependant cette grille de lecture doit être nuancée. Dans le système de la santé, plus souvent le changement est « prescrit » et non « construit » (Ibidem). Cette vision est imposée par le régulateur et quoiqu'il arrive, elle sera mise en place. Alors le contrôle de gestion contribue « à la maîtrise et au contrôle de la mise en œuvre du changement en standardisant les apprentissages individuels et en conformant les comportements » (Ibidem). L'importance que l'on donne au

contrôleur de gestion en tant qu'acteur du changement est conditionnée à la fois à sa place dans l'organigramme et à la culture du changement de l'établissement.

Si l'on considère le contrôle de gestion comme un outil de structuration du changement, il doit avoir la capacité de livrer des informations nécessaires sur les mesures à prendre. Alors, comme évoqué au début de cette section, pour obtenir un contrôle de gestion efficient, il est nécessaire d'avoir un SID opérationnel et optimal.

### **III. Explications et définitions des Business Intelligence**

Pour mieux comprendre la place du contrôle de gestion au sein des établissements de santé, il faut s'intéresser aux Business intelligence (BI) (A) qui se développent de plus en plus (B). Les BI sont un enjeu pour le système de santé car elles contiennent des informations sensibles.

#### **A) Définition des Business intelligence**

Auparavant connu sous le nom *d'entreprise resource planning* (EPR), les BI en sont une évolution. On peut les définir comme « la technologie qui facilite la collection des données, son analyse et la transmission de l'information, et qui la met en forme pour être un support à la prise de décision » (Rikhardsson & Yigitbasioglu, 2018).

La BI remplit deux fonctions : la première est la production de données en faisant le lien entre toutes les bases de données de l'entreprise, et la seconde la réalisation des reporting financiers dynamiques.

La production de données nécessite que la BI soit connectée avec les EPR mais aussi avec des données non financières. Elle doit pouvoir regrouper plusieurs bases de données pour être efficiente (Touchais & Herriau, 2009). Les reporting que la BI fournit ne sont plus simplement réservés à l'analyse du contrôleur de gestion mais aussi partagés aux différents acteurs de l'établissement. Les reporting sont dynamiques car les rapports s'ajustent en temps réel. Alors « la BI vient donc modifier la manière de traiter, d'analyser et de présenter les données, les changements apportés nécessitent d'être encadrés. » (ibidem).

#### **B) Le rôle du contrôleur de gestion à l'ère de la Business intelligence**

Comme évoqué précédemment le contrôleur de gestion joue un rôle essentiel dans la communication des informations. Si les informations sont désormais à la portée de tous les acteurs, on peut alors s'attendre à ce que la BI modifie les rôles des contrôleurs (Appelbaum et al., 2017).

Ses deux rôles principaux, de Business Partner et de vérificateur de l'information sont bouleversés. Même si les données sont disponibles pour tous, encore faut-il leur donner un sens, : « les contrôleurs peuvent amener de la valeur ajoutée en donnant du sens aux données et en

faisant émerger des opportunités d'affaires » (Cavélius et al., 2020). En tant que Business Partner, il peut endosser un rôle où il identifie « des moteurs de la performance financière et (l)es conséquences de l'incertitude et du risque dans la prise de décision en facilitant des analyses prédictives voire prescriptives » (Reutter et al., 2021). En d'autres termes, il endosse un rôle d'analyste de la performance et du risque tout en mettant en avant de nouvelles opportunités. Ce qui permet de recentrer le rôle du contrôleur de gestion, non pas sur la vérification d'information mais véritablement sur de l'aide au pilotage (Ollivier & Daran, 2018).

Il est nécessaire de rester vigilant sur la production d'informations que peut fournir les BI, les informations produites doivent rester pertinentes et cohérentes avec l'activité. L'accroissement des Big Data et de la performance des BI, il est possible de « (...) de créer une multitude d'indicateurs générant une « infobésité » de données dans les tableaux de bord. » (Ibidem).

### C) Spécificité des BI dans la santé

Même si la stratégie nationale de santé de 2018-2022 énonce clairement que « le développement des innovations numériques, technologiques et organisationnelles en santé est un enjeu clé », l'ère du Big Data rencontre des obstacles.

Les business intelligence sont basées sur les outils métiers, comme Hôpital manager, Netsoin etc. Ces outils métiers renseignent le dossier patient. Or, le dossier patient, d'après le code de la santé publique, regroupe des données confidentielles (article R1112-2 du CSP). Ces données confidentielles sont également encadrées par le règlement européen sur la protection des données personnelles depuis 2018. Ces données sont pourtant essentielles à la gestion de l'activité : le dossier patient renseigne aussi bien sur la provenance du malade, ce qui permet de faire des études sur l'ancrage territorial des établissements dans les tableaux de bord. Dans d'autres secteurs que la santé, il ne serait pas concevable de piloter une activité à l'aveugle, c'est-à-dire sans données fiables de l'entreprise. Pourtant, c'est un enjeu majeur dans le pilotage de l'activité. C'est un équilibre à trouver entre la protection du patient et le bon fonctionnement de l'établissement.

## Section 2. Les soins de suite et de réadaptation

---

Après avoir effectué un panorama du contrôle de gestion et pour étudier par la suite le rôle qu'il peut avoir dans la réforme des SSR, il faut revenir en arrière pour comprendre la construction du secteur (I). En seconde et troisième partie seront détaillées la réforme des autorisations (II) et celle du financement (III).

### I. Brève histoire des SSR

Les SSR sont des établissements de moyens séjours, ayant une place particulière dans le parcours patient (A). Ce secteur est unique et son histoire reflète sa complexité actuelle (B).

## A) Les missions des établissements de SSR

Selon la Fédération hospitalière privée (FHP), les établissements de SSR « (...) assure les missions suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle ». Les établissements SSR ne sont pas seulement des établissements prodiguant une prise en charge médicale, mais également sociale. Le secteur revêt alors trois missions : la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. L'article R6123-118 alinéa 1 du code de la santé publique va même plus loin en précisant le rôle de la thérapie et du diagnostic : « a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique ».

Il y a 9 filières de soins dans les structures de SSR. Voici une liste non exhaustive pour comprendre et saisir toute la diversité de ce secteur de la santé :

- L'appareil locomoteur
- Système nerveux,
- Cardio-vasculaires,
- Respiratoires,
- Onco-hématologiques,
- Des brûlés,
- Liées à des conduites addictives,
- Des systèmes digestifs,
- Métabolique et endocrinien,
- Des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance
- SSR pédiatrique

Deux modes de séjours sont possibles, en hospitalisation complète (HC) et en hospitalisation de jour (HDJ). Le nombre de journées en SSR connaît une augmentation importante : en 2012 on comptait 35 millions de journées et en 2014 37 millions (ATIH, 2021). Cette augmentation est la conséquence du vieillissement de la population. La moyenne d'âge de la prise en charge est de 75 ans. De plus, les prises en charge sont de plus en plus lourdes (Charavel et al., 2018)

Dans le parcours de soin, l'activité de SSR se situe après la prise en charge MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique). Les SSR sont « parfois comprise dans les instances gestionnaires comme une activité de suite (son nom l'indique !), ayant donc avant tout un rôle de dégagement des structures de soins aigus et non pas un rôle propre de soins spécialisés. »(Yelnik, 2008). Elle représente plus qu'une suite de soins, mais un projet de vie. « C'est pourquoi il représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social. Les SSR constituent donc aujourd'hui les pivots des filières de prise en charge, dont ils assurent la fluidité. » (*Les SSR, c'est quoi ? | FHP-SSR, s. d.*)

Avec l'évolution de la pyramide des âges, l'alourdissement de la prise en charge, il est nécessaire d'adapter ce système. Pour saisir l'importance des récentes réformes, il faut revenir sur la création du secteur.

## **B) Naissance des SSR**

Les établissements de SSR se sont toujours structurés autour des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), mais il n'y avait aucune de législation claire avant la fin du XXème.

### *a) Origine 1965-1970*

Avant la création d'un secteur de réadaptation par le décret de 1956, il n'existe en France aucune structure de ce type. On parle alors de cure et de prévention, principalement liée à la poliomyélite et la tuberculose, qui étaient au centre des préoccupations sanitaires de l'époque. Le décret de 1956 commence à apporter une structuration à ce secteur, il « fixe les conditions d'autorisations des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux »<sup>2</sup>. Ce décret concerne six catégories d'établissements soignant la tuberculose, les MECS (maisons d'enfant à caractère sanitaire), les maisons de repos, les maisons de convalescence (ce qui relève de la médecine physique et de réadaptation (MPR)), les maisons de santé médicale, les maisons de régime et les maisons de réadaptation fonctionnelle.

On parle alors plus de « soins de suite ou de réadaptation fonctionnelle », situés majoritairement dans le Sud de la France. Cette répartition n'est pas un hasard, car de nombreuses cures s'y déroulaient. Il est important de le souligner car il y a une forte concentration d'établissements de SSR dans le Sud de la France à présent (Charavel et al., 2018).

Le décret de 1956 précise toutes les conditions d'existence de ces établissements : le nombre de lits, le nombre de litre d'eau par personne, la présence d'un téléphone etc. L'annexe 22 du décret précise tout le matériel spécifique nécessaire à la réadaptation. C'est l'ancêtre des plateaux techniques. Cette notion est importante même si le matériel est totalement différent de ce qui est nécessaire à la MCO, il n'en ait pas moins spécifique à l'activité. Avoir des plateaux techniques bien dotés de SSR est un véritable enjeu pour les établissements.

Le décret ajoute que « le service ou centre doit comporter au moins : un médecin chargé d'exercer une surveillance sur tous les traitements assurés, un médecin par fraction de 55 malades, un rééducateur physiothérapeute pour dix malades, un ergothérapeute pour 20 malades »<sup>3</sup>. On

---

<sup>2</sup> Décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux - Légifrance, s. d.

<sup>3</sup> Ibidem

remarque que le rééducateur et l'ergothérapeute ont déjà une place prépondérante dans ce secteur.

Le décret de 1956 pose les bases de fonctionnement des établissements de SSR, cependant « entre 1950 et 1970, le système hospitalier français connaît de profonds bouleversements. Le secteur des établissements de cure et de prévention en particulier subit une importante reconfiguration due à l'évolution des besoins, des pratiques et des techniques médicales. » (Yelnik, 2008)

#### *b) Naissance des centres de moyens séjours 1970-1991 (période 70-00s)*

Les lois du 31 décembre 1970 et 30 juin 1975 donnent un nouveau souffle au secteur des SSR. C'est la création du secteur médico-social ainsi que la mise en place d'une « typologie des activités hospitalières dont les unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales »<sup>4</sup>. On parle de centres de moyen séjours qui sont définis dans le décret du 17 avril de 1980 : « des établissements composés d'unités de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation, ou traitement des maladies mentales (...) Ils sont destinés à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome »<sup>5</sup>. Ces centres ont alors une place bien définie dans le parcours de soins du patient, ils se situent après la phase aiguë de la maladie, soit après une intervention chirurgicale. On voit déjà la dimension de « réinsertion » apparaitre avec ce décret, avec l'évocation d'un « retour à un existence autonome ».

C'est la loi hospitalière de 1991<sup>6</sup> qui créer véritablement le secteur des SSR. Cette réforme dessine le schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui transfère au niveau régional le pouvoir de délivrance des autorisations. Elle fait également la distinction entre les « longue durée, et d'autre part, les autres soins, eux-mêmes subdivisés en soins de courte durée ou concernant des affections graves, et en soins de suite ou de réadaptation dispensés dans le but de réinsertion du patient. » (Charavel et al., 2018)

Il faut attendre la circulaire de 1997<sup>7</sup> pour voir apparaître les détails de la prise en charge SSR avec cinq fonctions de soins technique et d'accompagnement :

- La rééducation physique ; appareillage ; adaptation du milieu de vie
- La restauration somatique et psychologique (déficience provisoire)
- Un travail de prévention du patient ainsi que son entourage

---

<sup>4</sup> (Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, 1970).

<sup>5</sup> Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier, 1980)

<sup>6</sup> LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1), 1991)

<sup>7</sup> Circulaire DH/EO4 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation - APHP DAJDP, s. d.)

- Suite du traitement
- Préparation à la sortie et réinsertion

Ce décret pose les bases d'une prise en charge complète autour du patient et de son projet de vie, ce qui correspond au 3 « R », réinsertion, rééducation et réadaptation.

#### *c) Fin du XXème et début XXI*

Avant le décret du 4 septembre 2003, l'offre de soin en SSR se faisait en fonction de la région (en tant que zone sanitaire pour les SSR). Le directeur de l'ARH donnait l'autorisation d'une activité de SSR en fonction des indices de la réadaptation fonctionnelle. Le décret de 2003 supprime ce système d'indice sur la carte sanitaire. On parle désormais de territoire de santé, établi par le SROS. C'est le SROS qui définit les objectifs et stratégies du secteur grâce à son volet SSR.<sup>8</sup>

Ensuite, le décret du 26 novembre 2004<sup>9</sup> scinde le secteur en deux parties : on parle plus de soins de suite de rééducation *ou* de réadaptation fonctionnelle mais d'une part de soins de suite *puis* de réadaptation fonctionnelle. C'est en juin de la même année que le secteur commence à être intégré dans les phases de médecine aiguë afin de mieux préparer le patient à la rééducation (avec les interventions des MPR, orthophonistes, kinésithérapeutes).

#### *d) A partir de 2008*

En 2008, de gros travaux de refonte de l'organisation et du mode de financement du secteur de la santé sont en cours. C'est la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en MCO qui bascule le système de la santé d'un financement par dotation globale avec une dépense qui conditionnait les recettes à l'activité qui génère des recettes. La réflexion s'est portée sur le SSR à travers du décret du 17 avril, qui a « aboli la distinction entre l'activité de soins de suite d'une part, et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part. » Ce décret appose le « et » entre les soins de suite *ET* de réadaptation. Une redéfinition du secteur y est décrite :

- « Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient » ;
- « Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage » ;
- « La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle ». <sup>10</sup>

<sup>8</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation - Légifrance, s. d.)

<sup>9</sup> Décret n°2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). - Légifrance, s. d.)

<sup>10</sup> Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, 2008)

Ce décret pose ainsi le typique des trois « R » qui caractérise une prise en soin pluriprofessionnelle : la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Il y a également une création de deux niveaux de prise en soins soit en spécialisation ou en polyvalent. Des conditions techniques sont posées pour obtenir les autorisations des spécialisations. C'est en 2008 que les ratios de personnels par patient et les différentes caractéristiques des filières de soins sont définis clairement. Entre 2008 et 2016, deux modes de financement existent, la dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics et privés à but non lucratif et le prix de journée pour les établissements privés à but lucratif dans le cadre des objectifs quantifiés nationaux (OQN).

Pour comprendre la réforme actuelle, il était nécessaire de revenir sur la création du secteur. La réforme actuelle était nécessaire car les deux modes de financement qui coexistaient ne permettaient pas de faire des comparatifs entre les secteurs.

## **II. La réforme des autorisations du secteur**

La réforme des autorisations a été officiellement lancée en 2019, mais a pris du retard à cause de la crise COVID-19. Deux décrets ont été publiés en janvier 2022<sup>11</sup>, un sur les détails du fonctionnement des établissements SSR et un autre sur les conditions d'exercice de l'activité et le changement de nom du secteur. En juin 2023, le secteur change de nom : soins médicaux et de réadaptation (Robillard, 2022)

Le premier décret sur le fonctionnement d'un établissement SSR porte sur l'obligation de proposer de l'hospitalisation de jour (HDJ) et de l'hospitalisation complète (HC). Si un seul mode de prise en soin n'est pas possible, alors l'établissement a pour obligation de signer une convention avec un autre établissement le proposant. Il en est de même pour le scanographe et la biologie médicale. Plus qu'une proposition d'offre complète pour un parcours de soins sans faille, c'est une volonté des pouvoirs publics de construire des coopérations durables entre les établissements. La création de filière de soins permet de s'adapter au parcours de patient et éviter les ruptures. (FEHAP, 2019)

Le décret d'implantation redéfinit les treize spécialités du secteur : polyvalent ; gériatrie ; locomoteur ; système nerveux ; cardiovasculaire ; pneumologie ; système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ; brûlés ; conduites addictives ; enfants et adolescents ; jeunes enfants, enfants et adolescents ; oncologie ; oncologie et hématologie<sup>12</sup>. Comme on peut le voir dans le tableau comparatif ci-contre, les spécialités sont plus nombreuses et la création du polyvalent

---

<sup>11</sup> (Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, 2022) et le Décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, 2022)

<sup>12</sup> Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, 2022).

illustre l'évolution de la prise en soins des SSR évoquée plus tôt : de plus en plus lourde et complexes, voire pluri pathologiques. Au sein de cette réforme, des professions comme les éducateurs APA ou les ergothérapeutes ont été rendues obligatoires.

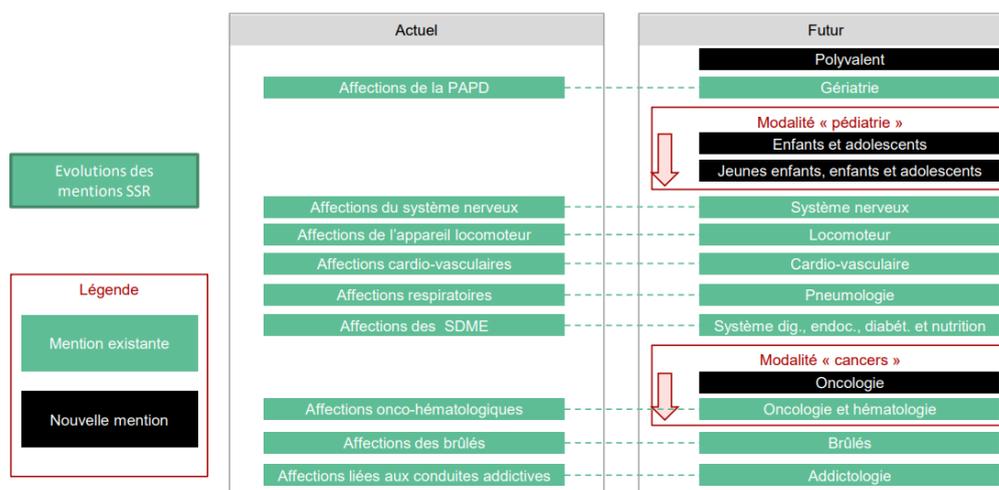


Figure 2. Présentation de l'ATIH, 2021

Il y aura une prorogation de l'ensemble des autorisations jusqu'à fin 2023. En parallèle, il y aura une nouvelle fenêtre de dépôt pour les nouvelles autorisations lors du projet régional de santé (PRS) de 2023-2028.

### III. Mode de financement actuel des SSR : réforme du financement

Les travaux sur la tarification à l'activité pour les établissements SSR ont débuté en 2010 (Colombini-Loubignac, 2018). La mise en place de la réforme aurait dû avoir lieu en 2017 (Jp, 2015) mais a été repoussée à 2023. Cette réforme va provoquer un véritable changement de paradigme qui va impacter la manière de piloter un établissement de SSR.

Pour rappel, le système de financement se faisait par dotation globale pour les établissements publics et privés à but non lucratif et au prix de journées par disciplines tarifaires pour les établissements privés à but lucratif. Ce prix de journée est « très hétérogène selon les régions » (JP, 2015) pour les établissements privés à but lucratif. La partie dotation modulée à l'activité (DMA) correspond à 10% du CA d'un SSR. A cette DMA est appliquée 5 coefficients : celui de transition, géographique, de spécialisation, prudentiel et honoraire.

Le modèle cible se découpe en quatre compartiments : le paiement à la qualité par les IFAQ (incitation financière à la qualité), conserver les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et les molécules onéreuses (MO). Il y est inséré les une enveloppe pour plateaux techniques spécialisés (ex : balnéos) ainsi que la pédiatrie, ce qui correspond à l'ouverture de la nouvelle spécialité. La grande inconnue de cette réforme est la dotation populationnelle qui sera versée par l'ARS. D'après les documents de la DGOS, elle sera calculée sur des critères géographiques et populationnelle. La part de DMA passe alors de 10% à 50%. Le but est alors de « Financer les séjours en partie au fil de l'eau pour rendre compte des dynamiques de l'activité, en intégrant une meilleure prise en compte de la réalité des PEC » (FEHAP, 2019).

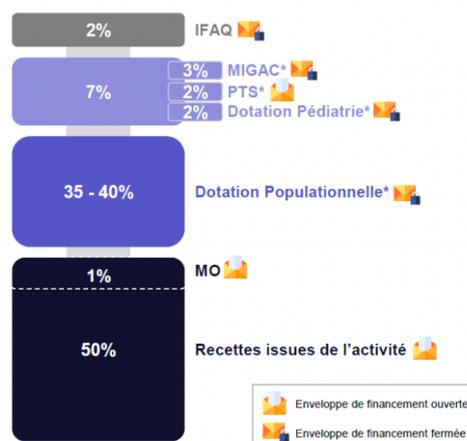


Figure 3. Rapport de la DGOS, 2021

Il faut aussi prendre en compte la nouvelle classification PMSI du SSR qui bouscule et change les manières de coder dans le secteur, qui sera plus longuement décrit dans le chapitre 3.

### Section 3. L'entreprise LNA SANTE

Pour pouvoir étudier les conséquences de l'augmentation de la part de la DMA, le lieu de stage a été un terrain exploratoire pour comprendre à la fois la place du contrôleur de gestion dans le changement, mais aussi la compréhension de la réforme par les acteurs du terrain. Dans un premier temps, l'organisation de l'entreprise sera présentée (I) puis les outils de reporting JEDOX.

#### I. Organisation de l'entreprise

Le but de cette partie est de dresser brièvement l'organisation de LNA santé pour comprendre les liens entre les acteurs.

##### A) Organisation générale

LNA santé, anciennement « Le noble âge » est une entreprise qui était spécialisée dans le secteur médico-social depuis 1990. Elle acquiert son premier établissement SSR en 1999. Récemment, elle a fait l'acquisition de cliniques en MCO et de plus en plus de SSR. Elle est le seul groupe privé en France qui possède des établissements en psychiatrie avec hospitalisation sous contrainte. Depuis sa création en 1990, LNA santé possède désormais 81 établissements (avec deux en Pologne) et emploie plus de 7 500 personnes.

Chaque secteur est sous la direction d'un « DOP » un directeur opérationnel, qui ont chacun des « DEX », les directeurs d'exploitation. Ces DEX ont plusieurs établissements sous leurs

responsabilités. Ils travaillent en collaboration avec le contrôleur de gestion ainsi que les directeurs d'établissements. Chaque établissement a alors, un DEX, un CDG, un réviseur et comptable tiers, un RH opérationnel et un lien avec le SRAP (service de relations aux autorités publiques). Tous ces acteurs jouent des rôles essentiels dans le pilotage des établissements, reste encore à ce que tous s'accordent en harmonie autour d'un chef d'orchestre.<sup>13</sup>

### **B) Organisation du service**

Comme évoqué dans la section 1, le contrôleur de gestion à LNA santé est au centre de tous les protagonistes pour fournir une aide au pilotage d'un établissement. Les rituels de gestion sont ancrés et compris par tous. Chaque mois, le contrôleur de gestion impulse une revue de tableaux de bord du mois précédent, (un reporting mensuel de l'activité) aux directeurs d'établissements de son périmètre. Ensuite, il fait état de ces points avec les DEX. Le rituel se conclue autour de la revue mensuelle d'exploitation (la RME) où sont revues : la marge opérationnelle, le CA et le taux d'occupation. A cette réunion sont présents : tous les DEX, les contrôleurs de gestion, la DAF et la direction générale. Enfin, une revue de situations est faite établissement par établissement, le but étant de faire un point sur le trimestre écoulé, faire état des situations complexes puis établir la tendance pour les trimestres suivants. Les budgets sont construits avec les contrôleurs de gestion à partir d'octobre.

Le service contrôle de gestion dispose également de sa cellule BI. Ce lien est indispensable pour la mise à disposition d'indicateurs adaptés pour le dialogue de gestion. Comme évoqué en section 1, il est essentiel pour le contrôle de gestion d'avoir une expertise dans les BI. Si l'informatique et le contrôle de gestion fonctionne en silo, il ne sera pas possible d'avoir des indicateurs reflétant les besoins des établissements.

## **II. Présentation de l'outils JEDOX et de Business Object**

Comme la plupart des établissements de santé, le data Warehouse (BW : Business Warehouse) permet de centraliser toutes les données issues des différents outils métiers. Les outils comme Netsoins pour les EHPADs ou Hopital manager sont directement relié à la BW. SAP, IDEOMED, LNA Data vont alimenter BW. BW permet d'alimenter BO qui est utilisé pour avoir des tableaux de bords dynamiques pour les établissements. BO est un outil décisionnel, et JEDOX un outil prévisionnel.

L'outil que LNA santé a choisi pour faciliter son dialogue de gestion est JEDOX. Cette BI permet de diffuser de nombreuses informations sur les établissements issus de SAP/BO. Jedox est disponible pour toutes les directions d'établissements. La page d'accueil de JEDOX permet d'accéder aux données d'exploitation de tout l'établissement quelle que soit la période. On peut

---

<sup>13</sup> Cf annexe n°10

visualiser le budget, la tendance mais également le réel (lorsque le cut-off est fait). JEDOX est accessible via Excel en add-in ce qui permet de faire des extractions, par exemple, il est possible d'afficher les taux d'occupation budgété ou réel de tous les établissements.



## CHAPITRE 2 : Méthodologie

### Section 1 : Revue de littérature et étude documentaire

---

Afin d'avoir un raisonnement cohérent, il était essentiel de commencer par une revue de littérature (I). Elle a été complétée par une revue documentaire (II) des process existants pour pouvoir mettre en place les protocoles d'enquêtes qualitatives.

#### I. La méthode de la revue de littérature

##### A) Justification

Une revue de littérature a été réalisée car « Le premier objectif de la revue de littérature est d'essayer de prendre la mesure de cette immensité de son propre non-savoir. » (Dumez, 2011). Le questionnement a pu être posé ainsi que des hypothèses. Cette revue de littérature doit mener à un questionnement qui n'a pas été soulevé avant. Il faut alors pouvoir prendre du recul sur le « territoire du savoir et du non-savoir » (ibidem). Une fois que tout devient « connu, défriché, d'une accablante banalité », on peut alors se positionner avec un questionnement solide et pertinent.

Dans le cas présent, il était essentiel de faire une étude approfondie de l'histoire des SSR. De nombreuses sources ont été mobilisées pour pouvoir dresser un panorama cohérent. Il était nécessaire, pour la compréhension de ce travail, de faire une étude sur le rôle du contrôle de gestion dans le secteur sanitaire. Peu d'études ont été menées sur ce sujet, à l'exception des cadres de pôle dans les CHU. Il faut ajouter que le secteur privé lucratif en santé est peu cité dans la littérature. L'enjeu de cette première partie est d'articuler des sources différentes : celles du secteur privé des entreprises, afin de comprendre ce que fait le contrôle de gestion, celles du secteur privé à but lucratif du secteur de la santé et enfin et celles du secteur du SSR.

##### B) Objectifs

L'objectif de ce mémoire n'est pas d'apporter une nouvelle connaissance à la littérature, mais de dresser des hypothèses et des questionnements qui devront être approfondis. La réforme du financement n'étant pas encore en vigueur, il faudra quelques années avant de pouvoir dresser un bilan sur les changements de pratiques. Il est intéressant de pouvoir comprendre le rôle du contrôleur de gestion dans la préparation à de grands changements de paradigmes (ce qui a été le cas avec la T2A). Les objectifs de cette revue de littérature sont les suivants : « faire une synthèse originale de ce qui a déjà été fait » (ibidem) tout en appliquant « une technique utilisée dans un contexte ou une discipline à un(e) autre » (ibidem). En l'espèce, cette revue de littérature synthétise les sources multiples de différentes disciplines (contrôle de gestion, théorie du changement, nouvelle réforme SSR).

### C) Biais

Comme ce travail est un mémoire, un biais de sélection était nécessaire pour cette revue de littérature. Le premier étant que l'histoire des SSR se limite à celle du XX<sup>ème</sup> siècle. Ensuite le second repose sur l'étude du contrôle de gestion et le changement qui ne peuvent être traités en détails par manque de temps. Le choix de traiter par exemple des BI a pour but de permettre au lecteur de comprendre le travail d'analyse qui suit.

### D) Réalisation

La démarche de la revue de littérature s'est réalisée en deux grandes étapes. La première était d'effectuer une veille juridique sur la réforme. Ensuite, des recherches par mots clefs sur des sources académiques ont été effectuées. Un accès à des données de la DGOS a pu être facilité grâce au lieu de stage.

## II. Étude documentaire

### A) Justification et objectifs

Pour pouvoir étudier le changement que va provoquer l'augmentation de la part de DMA dans le pilotage de l'activité des SSR, une étude des processus et de documents a été menée. La revue de littérature ne pouvait être en elle-même le seul élément théorique de ce travail, car elle a permis d'avoir des « (...) exemples concrets, comme une quasi-narration, au contraire comme une matière brute à partir de laquelle construire (...) des objectivations plus distanciées » (Saetta, 2016). Même si ces documents ne sont pas des écrits médicaux comme le définit Saetta, cette méthode a permis de compléter les apports de la revue de littérature et de comprendre le processus de comptabilisation de la DMA chez LNA Santé. Le processus de comptabilisation de la DMA n'était pas formellement écrit et renseigné dans une base de données, il a donc fallu échanger avec les acteurs de terrain et faire des explorations documentaires.

Les objectifs de cette étude documentaire étaient de pouvoir comprendre le processus et les différents outils mis en place pour comptabiliser la DMA. Cette étude documentaire a permis l'élaboration d'un SWOT sur le fonctionnement de la DMA dans l'entreprise.

### B) Les biais

Lors de l'étude documentaire, il ne faut pas négliger que « les documents sont le résultat de choix opérés lors des processus d'écriture et d'archivage qu'il s'impose sinon d'étudier au moins de garder à l'esprit lors de leur recueil et de leur analyse. » (Ibidem). Un biais de sélection a également été opéré. Après ce travail documentaire et de littérature, le travail d'enquête qualitative a pu être abordé avec plus de précisions et de cohérence.

## Section 2. Étude terrain : entretiens semi-directifs

---

L'étude qualitative a été menée avec un protocole d'enquête (I) pour des entretiens semi-directifs qui ont permis d'avoir un éclairage des professionnels de terrain (II) afin d'apporter des pistes de réflexions aux hypothèses posées.

### I. Protocole de l'enquête

#### A) Justification de l'enquête

L'enquête qualitative se justifie car elle apparaît en complément de l'étude documentaire et de la revue de littérature pour comprendre les changements qu'opère une réforme sur les pratiques des professionnels. Elle associe en enquête de terrain et la question scientifique (Sifer-Rivière, 2016). Elle permet également d'établir le niveau de connaissances qu'ont les acteurs des réformes des SSR, car les entretiens permettent « de produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ces discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau. » (Ibidem)

#### B) Objectifs de l'enquête

Il était important de mettre en place cette enquête car le processus de comptabilisation comptable de la DMA pourrait être fiabilisé. Il faut comprendre le fonctionnement de tous les acteurs du processus afin de pouvoir proposer une analyse détaillée. Pour se faire, il est nécessaire d'anticiper et comprendre les contraintes des différents acteurs (grille d'entretiens réalisée pour donner suite aux lectures et au SWOT<sup>14</sup>). Les objectifs de l'enquête étaient d'abord de comprendre le fonctionnement des acteurs dans le cadre de la DMA, à travers un diagnostic des pratiques en place ; puis de faire état de la connaissance du contrôle de gestion en établissement ; enfin, d'étudier le niveau d'anticipation des acteurs de la réforme.

#### C) Type d'études et les biais qu'il comporte

Le type de l'enquête qualitative était des entretiens semi-directifs. Une enquête quantitative ou des entretiens directs ne permettait pas de faire état du changement de pratique ou de pouvoir comprendre le contexte dans lesquels les professionnels évoluent. De plus, la complexité de la réforme ne permettait pas de réduire les questions : il a fallu s'adapter au niveau de connaissances de chacun.

Les biais de cette étude sont à la fois sur l'échantillonnage et la sélection. L'échantillon a été réalisé au sein de LNA santé. La sélection a été faite de deux façons : une liste de professionnels à contacter a été fournie, ensuite ceux qui ont répondu à la demande d'entretien. Il n'y a pas eu de randomisation possible.

---

<sup>14</sup> Annexe n° 12

## II. Population étudiée

### A) Population cible et population source

La population cible était tous les acteurs du cycle de gestion : les TIM, cadre de santé, les médecins, les contrôleurs de gestion, les directeurs d'établissements, les DEX, le SRAP ainsi que la comptabilité. Le but était d'avoir un acteur par fonction afin de comprendre le processus dans sa globalité. La population source était tous les acteurs salariés de l'entreprise LNA santé.

### B) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants de l'enquête ont été ceux qui ont répondu positivement à la demande d'entretien. Les critères d'exclusion ont été toutes les personnes qui ne participent pas activement au cycle de gestion d'un SSR. Aucun critère socio-professionnel n'a été retenu, mis à part la profession au sein du groupe.

### C) Caractéristiques de la population étudiée

Total	Nb de TIM	Nb de DIM	Nb de cadres Kinés	Nb de médecins	Nb de directeurs d'établissements	Nb CDG	Nb SRAP	Nb Compta
12	3	0	4	1	1	1	1	1

Au total douze entretiens ont été menés. Chaque profession a un code avec un numéro aléatoire qui lui a été attribué selon l'algorithme Mersenne Twister. Les médecins sont codés Med, les TIM T, les cadres kinés CK, les directeurs d'établissement Dir, contrôle de gestion CDG, Service des relations aux autorités publiques SRAP et la comptabilité CPTA.

## III. Techniques d'enquêtes

### A) Le guide d'entretien

Comme les entretiens sont semi directifs, le guide<sup>15</sup> est resté souple et a été adapté en fonction de la personne interrogée. Il a été conçu grâce à la revue de littérature et l'étude documentaire. Comme « l'enjeu du guide est bien de recueillir des faits concrets, des anecdotes, des données objectives et subjectives, pour donner des moyens d'objectivation », les thèmes sont restés identiques, mais les questions ont été adaptées. Un pré-test de l'entretien<sup>16</sup> a été mené pour valider ou infirmer la pertinence des questions.

### B) Méthode d'analyse

Chaque entretien a fait le fruit d'un enregistrement. La garantie de l'anonymat a été donnée à tous les participants. Cependant, tous les entretiens n'ont pas été retranscrits de manière exhaustive<sup>17</sup>, seul le verbatim intéressant à la question d'étude a été retenu au sein de résumé d'entretien. Leur analyse a été effectuée de la façon suivante : tout d'abord, chaque entretien a été

<sup>15</sup> Cf Annexe n° V2 – guide entretien

<sup>16</sup> Cf Annexe n° V1 - guide entretien

<sup>17</sup> Cf Annexe n° - Retranscription des entretiens

réécouté et retranscrit à travers des tableaux Excel. Chaque entretien a une variable aléatoire donnée pour garantir l'anonymat. Tout le verbatim a été catégorisé en fonction des titres de la grille d'analyse<sup>18</sup>, afin d'avoir un tableau synthétique. La grille d'analyse a permis de dégager des éléments de réponses aux hypothèses posées.

---

<sup>18</sup> Cf grille analyse en annexe



## CHAPITRE 3 : L'appréhension de la DMA : changement de paradigme pour le secteur de la réadaptation

Dans ce chapitre seront exposés les résultats de l'enquête terrain, de l'étude documentaire et de la revue de littérature. La comptabilisation de la DMA sera tout d'abord abordé afin de comprendre le rôle du contrôleur de gestion dans ce processus (Section 1). Ensuite sera étudié le changement de paradigme lié à cette réforme, tant au niveau de la qualité des soins (section 2) et la performance des SSR (section 3).

### Section 1. La comptabilisation de la DMA

Dans cette section, une attention sera portée sur la nouvelle classification du PMSI impactant le process de comptabilisation de la DMA (I), impliquant de nombreux acteurs (II).

#### I. La dotation modulée à l'activité : un process macro complexe

Pour comprendre le processus de comptabilisation de la DMA tant en flux de trésorerie qu'en comptabilisation au fil de l'eau (III), il faut revenir sur le codage du séjour (I). Puis il est nécessaire d'expliquer les formalités règlementaires de la comptabilisation de l'activité (II).

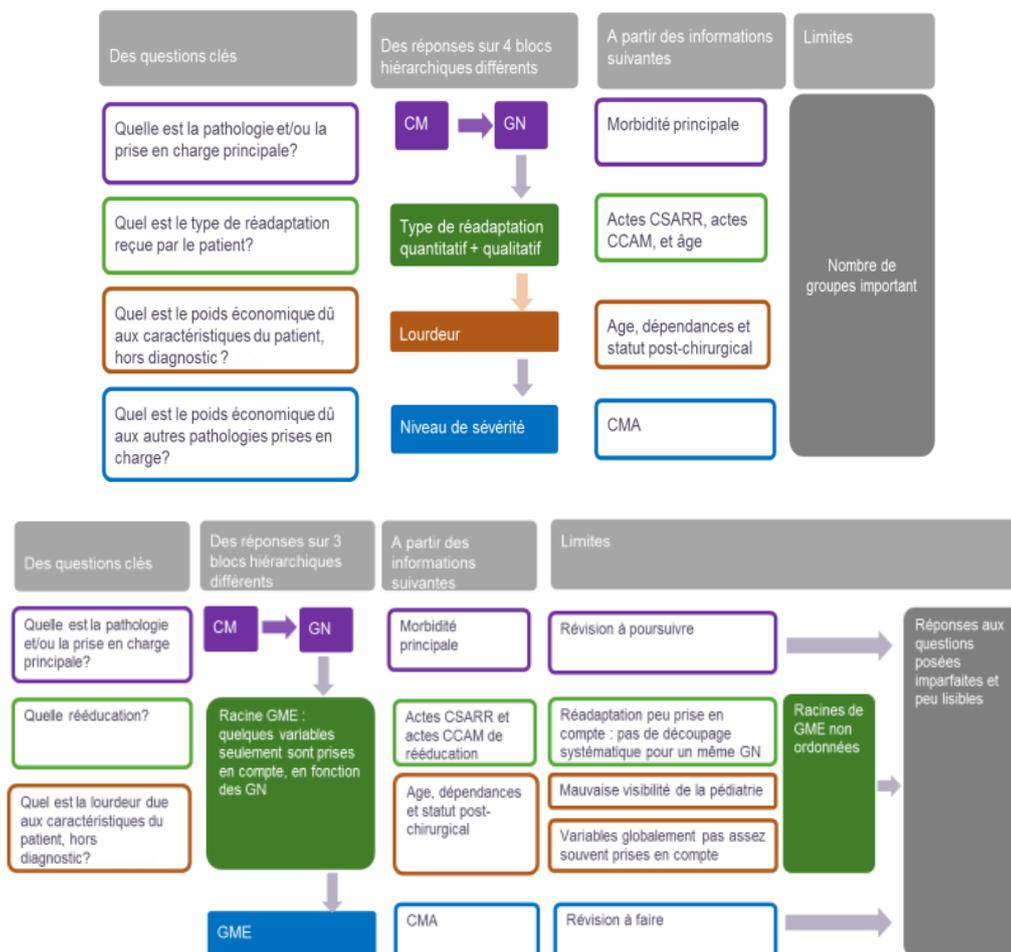
#### A) Explications du codage du séjour

##### *(1) Nouvelle classification du PMSI V.2022 : clef de voûte de la réforme du financement*

Dans le secteur du SSR, la classification PMSI a débuté en 1997. Contrairement à la MCO, on ne parle pas de groupe homogène de séjours mais de résumés hebdomadaires standardisés (RHS). Également, en SSR, le codage se fait à « deux mains » avec le/la technicien.ne d'information médicale (TIM) alors qu'en MCO, les médecins codent différemment. En MCO, les médecins avec les DIM/TIM codent les diagnostics et les actes médicaux, tandis qu'en SSR, ils codent le diagnostic, les actes médicaux et de kinésithérapie et la dépendance. Depuis 1997 des modifications ont été apporté à la classification des actes, en s'adaptant à la prise en soins des patients. On parle alors de groupe de morbidité dominantes (GMD) avec des points IVA (indicateur de valorisation de l'activité) attribués. Puis la notion de lourdeur de prise en charge apparait. Depuis le 2 juillet 2013, la nomenclature SSR rend obligatoire le catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) (ATIH, 2022). Les actes CSARR permettent de déterminer les différents types de réadaptation.

La V2022 du PMSI s'applique depuis le 28 février 2022 et a pour objectif de mieux décrire les activités des SSR. Différents types de séjours peuvent être codés : l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation de jour. Il y a quatre niveaux descriptifs : tout d'abord une catégorie majeure (CM), c'est la pathologie principale, ensuite les GN (groupe nosologique) qui

sont les pathologies proches. Cette catégorie majeure est faite pour pouvoir faciliter les études entre la MCO et les SSR lors des études épidémiologiques sur le parcours de soins. Ensuite, il faut indiquer le type de réadaptation avec la qualité de la prise en soin (tant au niveau qualitatif que quantitatif). La lourdeur est indiquée dans un second temps, au sein d'un groupe de lourdeur, contrairement à la V2018 où elle était directement décrite en deuxième étape avec les indices synthétiques de lourdeur économique (ISLE), qui correspondait à « la lourdeur due aux caractéristiques du patient et à la lourdeur de ses autres pathologies ». Dans un quatrième temps, le niveau de sévérité est renseigné, pour l'HC c'est ce qui n'a pas pu être évalué sur un plan économique. La sévérité est définie avec les codes CCAM. Pour l'hospitalisation à temps partiel, le niveau de sévérité est de 0. Enfin, il faut faire la somme des catégories majeures, de la rééducation, du groupe de lourdeur et de la sévérité pour obtenir le groupe médico économique (GME). A cela, il faut rajouter, les diagnostics (codés avec la CIM10) puis les actes CSAAR qui codent les niveaux de sévérité, l'âge, le score de dépendance physique et cognitif et l'indicateur post-chirurgical. Auparavant l'âge et la dépendance étaient prises en compte dans l'ISLE. Cette nouvelle classification permet de valoriser la réadaptation et la rééducation tout au début du codage, contrairement à la V2018, qui le proposait en fin « d'arbre » (ATIH, 2022).



Figures 4 & 5. Structure générale de la classification de 2021 et 2022, ATIH, 2022

## (2) Explications des 8888 et leur problématique de comptabilisation

Les durées moyennes de séjours varient entre les GME. L'ATIH a pu calculer la DMS moyenne et le coût moyen de chaque GME, la plupart entre 25 et 50 jours. La moyenne étant de 35 jours tous GME confondus (ministère de la Santé, 2022). L'écart type entre les plus courts et les plus longs séjours est énorme, six jours pour une affection respiratoire de lourdeur A et de niveau de sévérité 1 et 117 jours pour les états végétatifs chroniques (EVC) et les états pauci-relationnels (EPR) de niveau de sévérité 2 et de lourdeur C. Plus la DMS est longue, plus la lourdeur et la sévérité est importante, plus l'impact financier de la prise en soin sera conséquent. C'est alors une dimension à ne pas négliger. Les caractéristiques du SSR sont diamétralement opposées à celle de la MCO, qui tend de plus en plus vers une prise en soin ambulatoire, comme traitement de la phase aiguë de la maladie.

Pour les séjours qui durent au minimum de 70 jours, ils sont dits être des « 8888 ». Ils sont valorisés avec le Groupe médico tarifaire de l'année n à laquelle ils ont débuté. La valorisation des séjours se fait après la sortie des patients. A noter qu'en SSR, on s'exprime en journées de présence et non en durée de séjours comme MCO, les sorties de moins de 48h sont décomptées du séjour en SSR. La problématique de ces séjours est leur valorisation : comment valoriser si le patient ne sort pas ? L'établissement n'est pas rémunéré pour prendre en soin le patient. Alors le mode de calcul diffère des autres séjours, un GMT est temporairement affecté pour les séjours hors EVC/EPR, c'est « la valorisation temporaire de ces séjours constitue une avance, dans l'attente de leur valorisation définitive qui interviendra à leur clôture » (ATIH, 2019). Cette méthode permet de valoriser la prise en soin autrement, mais soulève des problèmes lorsqu'ils se situent entre deux années. Il faut pouvoir tracer les avances de ces séjours : doit-on tous les imputer sur janvier ou les imputer tous les mois ? Le risque étant d'avoir un fort impact financier sur janvier.

### B) Les modalités de valorisation : ATIH & OVALIDE

LTout d'abord il convient de revenir sur le mécanisme de la valorisation du séjour. A tous GME est associé un GMT (groupe médico-tarifaire) . A Chaque GMT est appliqué des coefficients : géographique, prudentiel, de spécialisation, SEGUR, honoraire et le coefficient allègement des charges. Ces coefficients permettent réduire, neutraliser des inégalités territoriales. Alors si un groupe possède plusieurs établissements sur un territoire il se doit d'être vigilant sur ses coefficients qui pourraient différer. La part DMA sera valorisée par le biais de forfaits basés sur la durée de séjour, contrairement au prix de journées auparavant. Il y aura donc 6 zones dans lesquelles le calcul de la valorisation sera différente.

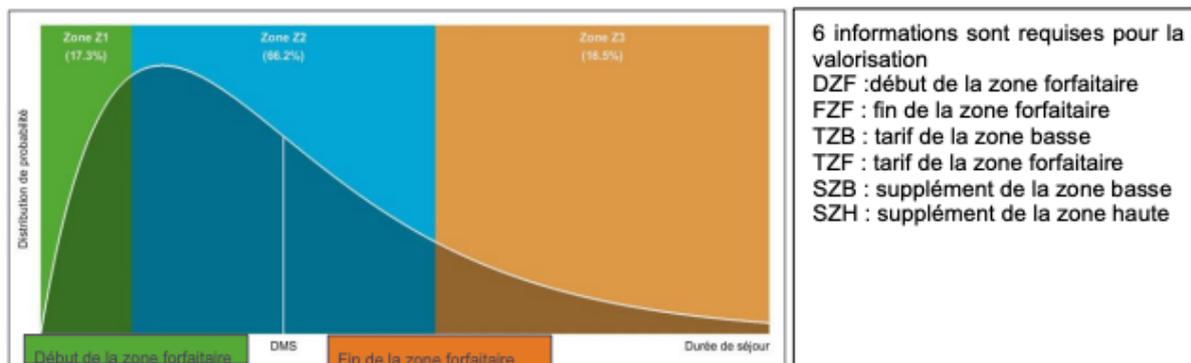


Figure 6. Issue du PMSI V2022

Au niveau des établissements LNA, les professionnels codent principalement leur séjour sur Hôpital manager. Puis, les données sont intégrées dans Prodim, permettant une analyse par spécialités de la valorisation de tous les séjours par établissement. Parallèlement, les données sont envoyées tous les mois à l'ATIH via OVALIDE. La part activité en SSR n'est pas celle de MCO et les données sont envoyées en cumulées sur des mois calendaires, depuis le début de l'année. C'est le M12 (mois n°12) qui aura le plus d'importance, reflétant toute l'activité de l'établissement sur toute l'année. Il est possible de revenir sur des séjours, les ajuster si besoin en cours d'année, mais aussi pour comptabiliser les séjours en 8888. Chaque mois une avance de la DMA théorique basée sur l'activité n-1 est versée à l'établissement. En avril de l'année N, la DMA réelle est versée par décision du directeur général de l'ARS. Elle se calcule grâce les données transmises à l'ATIH via OVALIDE, la différence est calculée avec la DMA théorique, alors une reprise ou un surplus est versé par l'assurance maladie. Si c'est un surplus il sera versé en une seule fois, si c'est une reprise elle sera déduite sur les douzièmes de DMA à venir (ATIH, 2019).

Mais alors comment piloter une activité avec une valorisation de l'activité n-1 ? Comment ajuster l'activité ? La DMA implique une vision mois par mois de l'activité.

### C) Quid d'une comptabilisation au fil de l'eau

Pour ne pas subir les régularisations en fin d'année, ci-dessous, le processus mis en place par LNA santé pour comptabiliser sa DMA au fil de l'eau afin d'avoir une vision de l'activité en réelle.

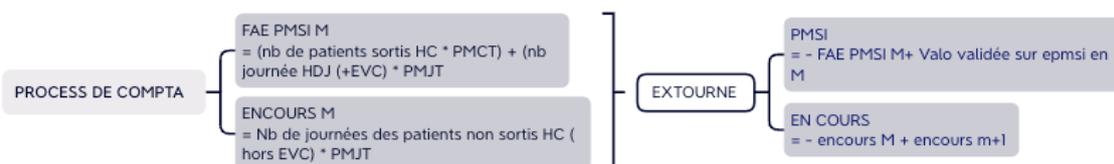


Figure 7. Schéma synthétique de la comptabilisation de la DMA

#### (1) Explication des factures à établir

Lors de la première étape du processus, les factures à établir (FAE) sont émises pour estimer le PMSI du mois. Elle est calculée par la comptabilité sur un fichier où tous les patients sortis / non

sortis sont inscrits. Chaque établissement du groupe possède un fichier avec la valorisation de sa DMA. La comptabilité valorise le nombre de patient sortis d'hospitalisation complète multiplié par poids moyen du cas traité (PMCT) plus le nombre de journées en hospitalisation de jour multiplié par le prix journalier moyen. Lorsque le fichier de la DMA d'OVALIDE (les séjours consolidés depuis le début de l'année) est alors disponible, la comptabilité va venir extourner cette FAE avec le PMSI réel. Pour tous les patients qui ne sont pas sortis, la durée de séjour est multipliée par le prix moyen de journée. Cette opération permet d'avoir un suivi au fil de l'eau des séjours, par spécialités.

## (2) Comptabilisation du PMSI réel

Cette méthode au fil de l'eau a plusieurs intérêts. Tout d'abord celui de minimiser les écarts lorsque le PMSI réel est comptabilisé (lorsque la FAE est extournée). Cela permet de savoir si l'activité a été correctement estimée. D'autre part, cela va réduire la reprise ou surplus versé à la fin de l'année lorsque la DMA réelle sera arrêtée par le DG (Directeur Général) de l'ARS. Cela permet de calculer les impacts DMA dans les comptes s'il y a une reprise. A l'heure actuelle, la DMA ne pèse que 10% dans les revenus des SSR, mais lors du basculement à 50% en janvier prochain, il sera capital d'avoir un suivi précis du PMSI réel. Il était important de revenir sur le codage et la valorisation de l'activité en SSR afin de saisir les complexités de ce processus.

### II. La valorisation de la DMA : un processus mobilisant de nombreux acteurs

Comme la DMA ne représente que 10% des revenus de l'établissement, tous les process ne sont pas établis et contrôlés (C) comme en MCO, où la T2A représente près de 100% des revenus. Le processus reste encore fragile et complexe à cause de ses nombreuses sources (A) et ses nombreux intervenants (B).

#### A) Un process fragilisé par sa multiplicité de sources

Comme illustré dans le schéma ci-dessus, la DMA est dépendante de plusieurs sources de données. Elles sont directement issues du dossier médical grâce au codage avec la.e TIM en collaboration avec le médecin : « on fait le codage à deux » (MedM2). Si le codage n'est pas exhaustif et optimisé cela entraîne des pertes de valorisation (cf. Section 2 / II). La.e TIM en établissement envoie ensuite ses données au siège J+30/31 pour intégration et validation dans PRODIM. Un des freins principaux de ce process est l'envoi du PMSI dans les temps au siège. Les extractions de données de PRODIM, permettent l'accès à la valorisation par spécialités de l'activité. L'étape suivante consiste à l'envoi des données via OVALIDE (plateforme de l'ATIH et réalisé par les TIM). Enfin, la TIM au siège applique les différents coefficients sur le fichier extrait d'OVALIDE. En revanche, les extractions d'OVALIDE ne permettent pas d'avoir le détail par spécialités.

Seul le fichier d'OVALIDE "fait référence" dans le process de comptabilisation. Il est déposé tous les mois dans un dossier accessible à la comptabilité et donne l'information du PMSI réel (ce qui permet d'extourner la FAE). Seule la cellule DIM/TIM a accès à ces plateformes avec un risque

de discontinuité. En cas d'absence et que le fichier d'OVALIDE n'est pas déposé sur le dossier, les clôtures mensuelles sont faites sans la part DMA. Pour rappel seul 10% du chiffre d'affaires des SSR est concerné, mais lorsque la part passera à 50% il ne sera pas possible de faire une simple estimation du CA du mois dernier si le fichier de la DMA est manquant.

Une procédure de regroupement de ces données a été impulsée par le CDG. Une macro VBA (Visual basic Analytics) permet d'établir pour tous les établissements : la FAE et le PMSI réel. Ce fichier intègre les fichiers de PRODIM pour avoir les détails des spécialités, mais aussi OVALIDE. Enfin, pour le contrôle comptable, une extraction de SAP (logiciel de comptabilité) est faite pour avoir une vision des FAE et du PMSI réel. Cependant ce fichier n'est pas encore optimisé, car il y a des écarts entre OVALIDE et PRODIM. Le process reste dépendant du DIM et des envois des fichiers. La mise à jour de ce fichier n'avait pas été faite depuis juillet 2021. Le turnover dans l'équipe du CDG n'a pas permis de fiabiliser ce fichier jusqu'à présent. Alors que la réforme rentre en vigueur dans quelques mois, l'équipe du CDG sanitaire est face à « l'urgence » que Kotter définit. Pour qu'un changement organisationnel se réalise, trois conditions doivent être réunies : un sentiment d'urgence, une équipe de pilotage et une vision commune. A l'heure actuelle c'est la vision commune entre les acteurs du siège qui fait défaut.

### **B) Un process fragilisé par ses nombreux intervenants**

En premier lieu, il y a le Service des relations avec les autorités publiques (SRAP). Son rôle est de *"(...) d'analyser ce décret, d'en faire des synthèses à destination du contrôle de gestion"* (SRAPF5), de tenir une veille juridique et de participer aux groupes de travail de la FHP pour évaluer les nouvelles propositions. Le SRAP a une place primordiale dans ce processus car *il « apporte leur corpus juridique pour exercer leur activité »* (SRAPF5). Le SRAP est en lien avec la cellule DIM, le CDG, et la comptabilité. Avec la comptabilité, il participe au reporting de en faisant état des subventions obtenues, intégrées dans le système d'information en fonction de sa nature. L'information est ainsi disponible pour que le travail de comptabilité se réalise en vérifiant l'obtention de ces subventions en trésorerie, permettant d'entamer le cas échéant les démarches auprès des autorités (SRAPF5). Lors de changements de réglementation, le SRAP rédige des synthèses et éclaire sur les changements impactant les établissements. Ensuite le contrôleur de gestion *« mesure l'impact à ce stade-là, vu que c'est très chiffré c'est elle qui voit comment cela traduit concrètement pour les établissements"* (SRAPF5). Le SRAP a une très bonne vision de ce que fait le contrôle de gestion au sein de l'établissement, il lui apporte une aide afin qu'il puisse *« connaître parfaitement les sources de rémunérations de (ton) établissement »* (SRAPF5).

La comptabilité joue un rôle primordial, elle renseigne les montants de l'activité comme l'a expliqué la comptable lors des entretiens : *« On vient récupérer le domaine d'activité, le nombre de*

*séjours et le nombre de jours de présence facturable et on multiplie par le PMC, PMJT, et en fonction de ça, le nombre de patients, le nombre de journées en cours et ça nous sort une valorisation » (CPTAF9). Ensuite, la DMA est versée par le DG ARS de l'année N en N+1. Les acteurs ressentent la complexité de ce financement : "Aujourd'hui ce n'est vraiment pas évident" (CPTAF9). Si les établissements sont sur HM (hopital manager), il n'y a pas de difficultés pour récupérer les données, mais ce n'est pas le cas de tous. C'est la limite qu'ont les outils métiers, si tous les établissements n'ont pas les mêmes, un process de remontée de données est alors spécifique. Dans ce contexte c'est d'autant plus important d'avoir un dialogue régulier avec le CDG et le SRAP : « on arrive à créer ce lien, mais c'est pas facile de tous comprendre la même chose et d'avoir la même info au même moment » (CPTAF9).*

La cellule DIM/TIM du siège et les TIM en établissement jouent le rôle de fournisseur de données. Comme évoqué précédemment, c'est le/a TIM en établissement qui est à l'origine de la valorisation des dossiers patients. Avec la nouvelle classification PMSI, les TIM renforcent leurs rôles au sein des établissements. Elle/Il a « *tout un volet formation des équipes en SSR que je n'ai pas en HAD car je fais toute seule* » (TF8). Lartigau explique que le rôle de la TIM était concentrée avant tout sur un contrôle opérationnel des informations médicales, mais il ajoute que le/a TIM en établissement exerce également un « *contrôle comportemental (par le DiM) sur les professionnels médicaux et surtout le caractère de plus en plus stratégique de l'information médicale le,la situe dans la sphère du contrôle de gestion* » (Lartigau, 2009). Cependant leur place n'est pas pour l'instant considérer dans le cycle de gestion. Parmi les TIM interrogés, aucun.e ne savaient ce que faisait le contrôle de gestion au siège, ils/elles n'ont pas de lien « (...) *avec les soignants, ici son rôle n'est pas exclusivement budgétaire, mais il l'est principalement, ils peuvent pas faire de l'aide au pilotage, ils ont trop d'établissements*" (SRAPF5). Alors que la TIM du siège communique régulièrement avec le CDG

Le contrôle de gestion coordonne tous ces acteurs pour assurer une information fiable et représentative du réel. Cependant son rôle n'est pas connu des acteurs de terrain, mais reste très bien identifié au niveau du siège. Tout dépend de la place donnée au le contrôle de gestion dans son rôle de Business Partner au sein d'une organisation. Le choix d'avoir rattaché le contrôle de gestion au siège a pour conséquence de le détacher de la réalité opérationnelle des établissements.

### **C) Un process fragilisé par un manque de contrôle**

La multiplicité de sources et l'intervention de nombreux acteurs ne facilitent pas le contrôle de cohérence des données. En tant que « vérificateur de l'information produite inclut des activités plutôt techniques qui visent notamment à garantir la fiabilité des données » (Lambert & Sponem, 2009) le contrôle de gestion doit pouvoir fournir une analyse basée sur des données fiables. Le

processus de DMA nécessite plusieurs contrôles / analyses : des fichiers TIM/DIM, une veille des coefficients, une connaissance des impacts du nouveau PMSI et la bonne imputation des FAE dans les comptes. Outre ses analyses, le CDG doit faire comprendre « (...) *aux directeurs d'établissements et de leur faire mesurer les impacts que ça va avoir et aider à appréhender (ce changement)* » (CDGM13). Il a ce rôle de « psychologue » (Ancarno, 2022) auprès des établissements. Il se doit d'être à l'écoute mais aussi d'apprentissage et de support aux établissements. L'enjeu pour le CDG aujourd'hui est donc de maîtriser ce changement et d'en assurer la compréhension de la part de tous les intervenants. Il doit pouvoir créer « la vision commune » de Kotter, nécessaire à tout changement organisationnel.

Même si LNA santé possède une bonne « (...) *qualité de données. Ce sont des données importantes et impactantes (...)* » (CDGM13), il faut qu'elles soient communiquées et contrôlées. Dans le cadre de la DMA il faut être capable d'effectuer un contrôle à 360°, ce qui se révèle très chronophage. Par ce contrôle, le CDG est acteur majeur du changement, il le « *subit* » (CDGM13), car changement est « prescrit » (Touchais & Herriau, 2009). Ce que Touchais et Herriau n'expliquent pas, est que le contrôleur de gestion n'est pas seul, il vient synthétiser toutes les dynamiques des différentes parties prenantes de ce changement pour coordonner la compréhension et ainsi communiquer sur les impacts de ce dernier.

Le CDG est légitimé et accepté dans la mesure où il est identifié en tant qu'acteur ressource. Cela revient à réfléchir à la place qu'a le contrôle de gestion au sein des établissements. Or comme évoqué plus haut, le contrôleur de gestion n'est pas considéré aujourd'hui en tant qu'acteur pouvant effectuer ce genre de contrôle. Au sein des CHU les contrôleurs de gestion sont dans le trio de pôles, donc ils sont identifiés comme ressources pour les acteurs. Ici, le contrôle de gestion est détaché au siège éloigné des acteurs de terrains, il est vu comme « *ceux qui ont Jedox* » (CKF8).

Après avoir fait état de la nouvelle classification PMSI et l'intérêt d'une comptabilisation d'une DMA au fil de l'eau, il était important de souligner la complexité de ce processus et les risques qu'il comporte. Alors la pilotage opérationnel et stratégique des établissements SSR devra prendre en compte cette valorisation de la spécialisation via le PMSI pour orienter la prise en soins des patients.

---

## Section 2 : Une réforme impactant la qualité des soins

Cette réforme complexe (II) a pour objectif de valoriser les professionnels au plus juste de leurs activités (I).

## I. La dotation modulée à l'activité voulue comme miroir des ressources consommées par les établissements

Grâce à la réforme des autorisations, certains professionnels ont vu leur place se renforcer et être affirmée dans le secteur (I). Avec la nouvelle classification PMSI, la pluridisciplinarité est mieux valorisée (II) en mettant l'accent sur la rééducation au travers des actes CSAAR (III).

### A) La place des ergothérapeutes, des éducateurs en activité physique adaptée et des kinésithérapeutes

Comme évoqué en chapitre 1, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes ont une place particulière dans la prise en soin des patients en SSR. A contrario de la MCO où on soigne un seul organe, dans la rééducation " (...) on va s'occuper d'un organe où on prend le patient dans la globalité, le but étant de vraiment améliorer sa qualité de vie " (MEdM2). D'où la nécessité de d'avoir une équipe pluridisciplinaire. L'article D 6124-177-27 du CSP précise la liste des activités nécessaires pour la prise en soin : « Masso-kinésithérapie ; ergothérapie ; orthophonie ; psychomotricité ; prise en charge neuropsychologique ; activité physique adaptée ». Après le décret de 1956, la place de ces professions que l'on ne retrouve pas systématiquement en MCO est confortée par cette réforme. La place du kinésithérapeute est différente entre la MCO et le SSR, une cadre kiné évoque qu'« en SSR ; on a dû trouver notre place, les patients viennent faire de la rééducation et l'objectif du cahier des charges est la restauration de l'autonomie par la réadaptation et la rééducation, on est le cœur du métier du SSR" (CKF12). Contrairement à la MCO, le médecin MPR n'est pas le seul interlocuteur de patient, le projet thérapeutique a pour obligation d'être pluridisciplinaire.

L'augmentation de la moyenne d'âge des patients a un impact direct sur la place que l'on donne à ces professions dans le secteur. C'est ce qu'évoque une cadre kiné : "Pour les spécialités il va y avoir un effet par rapport à la moyenne d'âge des patients "(CKF3). La génération du baby-boom atteint l'âge où ils sollicitent de plus en plus système de soin (DRESS et al., 2015). Mécaniquement le recours aux SSR va augmenter dans les années à venir. Pour faire face à cette augmentation, avoir le bon nombre et les bons professionnels sera crucial. Comme expliqué en première partie, la lourdeur et la sévérité des prises en charges continue de s'accroître. Tous ces éléments se conjuguent avec une pénurie de professionnels de santé. Même si la réforme d'autorisation valorise la place de ces professionnels, encore faut-il pouvoir les recruter pour exercer une activité qui répond au besoin de la population de son territoire. C'est ce qu'explique une cadre kiné du 93, pour elle il y a peu de kinésithérapeutes à recruter : "Si on regarde les chiffres on a autour de 24 kinés dans l'ouest de la France alors qu'ici on est à 6 kinés pour 100 000 habitants, car la proportion de kinés libéraux est très faible par rapport au reste de la France" (CKF12).

La place de l'activité physique et sportive adaptée (APA) a été également confirmé dans ce décret. Ce renforcement de la place du sport dans la rééducation et la réadaptation apparaît dans les treize spécialités de la réforme. La place de l'ergothérapeute y est valorisée au même titre que les éducateurs APA dans les autorisations. Ils reflètent la dimension réinsertion et réadaptation de la prise en soin. Pour certains établissements, il a fallu recruter ces éducateurs APA, mais pour la plupart des établissements de LNA santé, ces coachs étaient déjà présents. LNA santé a construit son identité autour d'un niveau élevé de qualité de prise en soin. La réforme a fait entrer en vigueur un niveau de prise en soin plus exigeant. Comme le groupe a déjà un niveau d'exigence élevé, cette réforme a eu peu de conséquences sur les établissements (SRAPF5).

Pour le moment le financement des établissements de santé ne se fait pas en fonction de l'équipe présente mais du prix de journée. Quand la part de DMA passera à 50% la présence de toutes ces professions prendra tout son sens, et va permettre que *“certains vont plus se sentir reconnu”* (CKF5)

#### **B) Quid de la pluridisciplinarité inscrite dans le nouveau PMSI SSR**

En plus de valoriser la place de différentes professions dans la prise en soin, la réforme des autorisations et le PMSI prévoient une valorisation des actes pluridisciplinaires : *“Ça va impacter au niveau de la rééducation et du nombre d'intervenants auprès du patient, au niveau pluridisciplinaire, il y aura plus de pluridisciplinarité”* (TF10) à la fois sur les actes mais aussi sur les séjours. Cette pluridisciplinarité n'est pas nouvelle, c'est l'essence même du secteur des soins de suites. La nouvelle classification PMSI définit trois types d'actes CSARR : les actes individuels dédiés, les actes individuels non dédiés, les actes collectifs et les actes pluriprofessionnels. Les actes pluriprofessionnels sont définis dans le guide de lecture du nouveau PMSI : « la collaboration simultanée de plusieurs professionnels de rééducation et de réadaptation de disciplines différentes : chacun concourt pour sa part à la réalisation de l'acte global. » (ATIH, 2022). Ces actes pluriprofessionnels font parties d'une liste fermée de 11 actes du catalogue CSARR et la nouvelle classification PMSI a rajouté trois actes supplémentaires. Par exemple, pour la synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou réadaptation il faut obligatoirement indiquer le nombre de professionnels qui ont participé à l'acte : « l'intervenant qui code est celui qui a la responsabilité de la réalisation de l'acte et le nombre d'intervenants doit être renseigné » (ATIH, 2022).

En interrogeant les professionnels de terrain, plusieurs contradictions sont apparues, certains disent que la pluridisciplinarité sera valorisée alors que d'autres maintiennent que les coach APA et les ergothérapeutes ne peuvent pas coder. Ce qui nous amène à la deuxième raison : le fait que l'intervenant qui code est celui qui est responsable de l'acte. On voit que la réforme PMSI n'est pas encore claire et explicites pour tous, il est inscrit que la majorité des actes CSARR sont codés par les

ergothérapeutes et les kinésithérapeutes (400 actes en moyenne sur les 512 actes du CSARR) et les médecins. La réforme des autorisations valorise la place de certaines professions, parfois confirmée par le PMSI. Si l'on prend l'exemple de l'ergothérapeute, son rôle a été valorisé par les trois actes pluriprofessionnels rajoutés à la liste d'acte CSARR qui le concernent sur la rééducation à la conduite. Le syndicat SYPMER (syndicat français de médecine physique et de réadaptation) déplore un « périmètre exubérant » des métiers codeurs : plus de 32 professionnels, car pour eux, la définition de la réadaptation n'est pas claire. En effet, c'est celui en charge de la réadaptation qui code, d'après l'ATIH, la socio-esthéticienne peut coder un acte. Tout l'enjeu sera se sensibiliser à un codage rigoureux et exhaustif de ce panel large de professionnel pour valoriser leurs activités.

De plus, la pondération des actes a changé : « il a été choisi d'opter pour l'utilisation du temps patient comme pondération de tous les actes CSARR » (ATIH, 2022). Alors qu'auparavant le temps moyen de réalisation de l'acte par l'intervenant était utilisé. Lorsque l'on prenait en compte le temps intervenant, le but était d'estimer les ressources utilisées, le « poids économique » de l'acte. Désormais c'est une véritable prise en compte du « sens médical » à la place du « sens économique » (Ibidem). Cependant, le syndicat SYFMER dénonce un « système de pondérations qui dans le moyennage des temps déconnectés des autorisations et des programmes de soins lisse vers le bas le poids des actes fréquemment pratiqués en SSR polyvalents ».

Il faut se poser la question du recrutement d'une équipe pluridisciplinaire complète si tous les actes ne sont pas valorisés, surtout si l'établissement n'a pas à répondre à certains besoins. Certains établissements peuvent faire majoritairement des actes collectifs. La masse salariale augmenterait pour répondre à des exigences législatives et non à la demande des patients.

### **C) Valorisation des actes de rééducations : les actes spécialisés (CSARR)**

Grâce à la nouvelle classification PMSI, la place de la spécialité est renforcée. La « Qualité et intensité sont au cœur du nouveau modèle » de codage du secteur des SRR. La prise en compte des actes spécialisés se fait désormais dans un second temps lors du codage. Les actes spécialisés sont définis comme des « marqueurs de la réadaptation des déficiences liées à la pathologie principale » (ATIH, 2020). Un score de spécialité est attribué par GN (groupe nosologique), qui correspond à la somme des pondérations des actes par jour et par séjours et aux nombres de jours de présence. On ne raisonne plus en termes de mention comme la polyvalence, mais véritablement sur la « nature et (de) la quantification des actes de réadaptation réalisés avec le patient pendant son séjour. Ils repos(ent) sur l'existence d'actes de réadaptation spécialisés » (Ibidem). Les professionnels comme les cadres et les TIM l'ont bien compris les enjeux de la spécialisation. D'une part sur la nécessité de bien coder la rééducation : « *Ce qui va changer, il va falloir que le séjour soit qualitatif au niveau de rééducation sur l'ensemble du séjour et tous les jours* » (CK12). A cela il faut

ajouter la prise en compte des plateaux spécialisés, dans compartiment spécifique, qui font aussi partie de la réforme du financement, car c'est en une enveloppe versée à l'établissement en fonction de son plateau technique. Ce qui est également valorisé dans le PMSI. Alors tout l'enjeu va être de coder justement ces actes, car le codage est un « enjeux stratégique » (CK12). Par exemple, les simulations faites par la cellule TIM/DIM du siège, ont montrées que la cardiologie en hospitalisation complète est beaucoup mieux valorisée. Elle a une pondération « RR » (score de rééducation) élevée selon la V2021 du PMSI, seulement elle n'était pas valorisée aussi bien qu'avec la V2022 du PMSI.

Des craintes ont été exprimées par les professionnels sur la mise au premier plan de la spécialisation. Ils craignent un nivellement par le bas des actes considérées comme « simple ». Le MedM2 prend comme exemple la rééducation d'une opération du genou : si la cicatrice est encore trop récente, la balnéo ne sera pas possible, alors il y aura un simple acte de kinésithérapie, en acte individuel dédié. Alors l'admission de ce patient ne sera peut-être pas possible car trop peu d'actes seront valorisés selon lui. Une cadre-kiné espère « *que le ratio d'actes CSARR, va pouvoir être ramené aux nombres de salariés, parce que quand même c'est les actes CSARR qui vont compter (...)* » (CK12). A la différence du prix de journée, la DMA nécessite une rigueur de codage afin qu'elle puisse refléter la charge en soin réelle de l'établissement. Pour les TIM c'est l'enjeu de faire comprendre aux équipes qu'elles doivent « *valoriser ce que vous faites et ce n'est pas une sanction sur le patient et donc ne va pas refléter la lourdeur supplémentaire* » (TF8). Pour les cadres, c'est de réussir à faire saisir cette notion à leurs équipes : « *Ça a soulevé des questions des rééducateurs, ce qui me semble très important, parce que sur les deux équipes, il y a des profils différents, c'est aussi un moyen de valorisation de leur travail pour moi, c'est-à-dire que si on arrive avec la DMA à valoriser leurs spécificités, pour moi on a gagné* »(CK8).

Le nouveau PMSI impacte directement l'activité. Il permet d'éviter des aberrations de codage, comme expliqué par une TIM (TF10) où des cas covid étaient codés en neurologie pour pouvoir avoir une rémunération reflétant la lourdeur de la prise en soins. L'enjeu sera que tous les professionnels de cette équipe pluridisciplinaire réalisent l'impact et l'importance que la réforme va avoir, qu'ils aient une « vision commune » (Kotter, 2008).

## **II. Des professionnels devant se sentir concernés par cette réforme**

Le changement prescrit de Touchais et Herrieau s'illustre à travers cette réforme. Comment fait-on pour changer les pratiques (C) alors que les professionnels sont las d'attendre (A) ? Est-ce le cadre et la TIM pourraient anticiper ce changement (B) ?

### A) Des professionnels las de l'annonce de cette réforme

Cette réforme du financement est annoncée depuis 2016 et son application sera effective qu'au 1er janvier 2023. La DMA a été annoncé comme la T2A du SSR, avec une montée en charge progressive. On pourrait alors penser que des réflexions ont été mené, le terrain préparé afin d'accueillir ces changements. Pour certains établissements c'est le cas, les audits du dossier est régulier. Pourtant, les professionnels sont fatigués d'attendre un changement qui n'a cessé d'être repoussé. Lors de l'écriture de ce mémoire, les simulations officielles des impacts tarifaires sur les établissements a été repoussée à de multiples reprises. Avec la crise covid les professionnels sont de plus en plus las des réformes. Certains vont changer quand ils le devront (DIRM3), d'autres, au contraire attendent cette réforme car leurs prix de journées sont relativement bas (CKF13). Même si la plupart sont « *Au fait, oui, car depuis le temps qu'on en parle* » (MedM2), la plupart ne connaissaient pas en détails la réforme. Seulement 5 personnes sur 12 savaient précisément les nouveautés de la réforme de financement.

*« Pour la majorité des établissements, ce (DMA) n'est pas assez important, on considère comme c'est une enveloppe, pas grave pour l'instant sauf que plus on avance, on a besoin de ces statistiques et le PMSI donne la marche à suivre, surtout pour l'efficacité rapport aux soins. » (TF13).*

Certains professionnels de santé ne se sentent pas concernés, pourtant ce sont eux qui vont la subir. Une TIM explique qu'ils « *sont déjà au courant du PMSI, je travaille avec une cadre kiné qui connaît très bien le PMSI. Les kinés sont au courant du codage (...) les soignants un peu moins* ». Les raisons de cette méconnaissance le plus souvent est dû à un turnover important. De surcroît, peu de personnels ont été formés au codage, *"Il ne faut pas oublier qu'il y a très peu de thérapeutes qui ont été formés, moi j'ai appris sur le tas mais tout le monde a appris sur le tas"* (CKF8). Est-ce au cadre de leur apprendre ? Pour eux, oui. Tous ceux interrogés soulignent l'importance qu'ils portent à former et diffuser des guides sur le codage lors d'arrivée de nouveaux professionnels.

Lors des entretiens, tous les professionnels interrogés n'étaient pas préoccupés par la DMA, mais plus par la dotation populationnelle.

*« Aujourd'hui on a beaucoup d'incertitudes, et j'ai fait des choix, et je ne suis pas sûr que ça soit les bons. Comme on a beaucoup d'incertitudes sur la dotation populationnelle, on a beaucoup de mal à comprendre ce que ce sera typiquement dans le 93, gériatrie, polyvalent, et neuro, partout(...) on est dans une situation précaire » (CKF12).*

Même si l'incertitude plane, elle est vue pour la plupart comme un moyen de *"de sécuriser ceux qui ont une activité qui n'est pas très transcendante, le principe est bon, le fond du principe est très bon,* Antonine CHAUMEIL - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2022 - 41 -

*ça permet en fait de déconnecter le financement d'une part d'activité et de prendre vraiment en considération des contraintes géographiques et territoriale, sauf que si ça avait été bien fait, mais aujourd'hui on n'en sait rien, ça n'a pas du tout avancé" (SRAPF5).*

Le report des réformes et les incertitudes n'aident pas le secteur à se préparer à ce changement de pratique. C'est la TIM et la cadre qui vont jouer un rôle essentiel dans l'anticipation de ce changement, mais est-ce que le contrôleur de gestion pourrait aussi y prendre part ?

### **B) Rôle de la TIM & de la cadre pour amorcer ce changement**

Dans tous les entretiens avec les TIM et les cadres, ces professionnels ont souligné l'importance du fonctionnement de leur binôme. C'est ce binôme qui applique sur le terrain ce que les acteurs du siège synthétisent et préparent.

La TIM en établissement, au-delà de coder, joue un rôle pédagogique fort auprès des équipes : *« J'ai tout un volet formation des équipes en SSR que je n'ai pas en HAD car je fais toute seule »* (TF8). Via la formation elle peut influencer le codage par le « contrôle comportemental » qu'évoque Lartigau. Comme les professionnels de santé sont peu ou pas formés au codage, la TIM a *« l'avantage d'avoir un métier que personne ne comprend dans les détails, donc ils sont un peu obligés de me faire confiance »* (TF8). Elle a le quasi-monopole de la connaissance du PMSI. Elle peut donc *« pousser la prise en charge de certaines pathologies »*, car elle connaît les pathologies les mieux valorisées. Ce sont les risques et les limites du codage. C'est un risque d'avoir un codage qui n'est pas optimisé. C'est une perte pour l'établissement. Pour les TIM, le codage bien fait, optimisé *« c'est quand on retrouve toutes les informations dans le dossier IDEO (patient), quand tout monde est formé et sensibilisé au PMSI »* (TF10). Cette réforme leur donne le rôle principal pour anticiper et accompagner les acteurs lors de ce changement. Le sentiment d'urgence que Pfeffer évoque dans les changements organisationnels ce sont elles qui le subissent. Elles expliquent qu'il y a une *« effervescence autour du PMSI »* (TF10) et que leur place est amenée à changer au sein des établissements de SSR.

Concernant la cadre-kiné, sa responsabilité du management des équipes l'oblige à être actrice de ce changement. Une autre de leurs missions est la bonne gestion des ressources. La plupart ont des connaissances et une appétence pour la gestion. Mais très peu savaient ce qu'était le contrôle de gestion. Elles comprennent les enjeux d'une gestion optimisée de l'établissement. Lors de l'élaboration des budgets, elles renseignent les directions sur leurs besoins. Elles interpellent aussi la direction dès lors qu'elles constatent des écarts ou des dépassements d'enveloppes. Pour la direction, les cadres de santé sont des acteurs clés pour connaître les ressources et la consommation des services. Pourtant elles n'ont pas de lien avec le contrôleur de gestion au siège.

*« Si on veut marquer l'essai de la rentabilité, et si on veut marquer l'essai de cette compréhension globale il faut qu'on ait des clefs en gestion » (CKF12).*

La DMA est alors un moyen pour certains d'avoir une meilleure reconnaissance de de l'activité des soignants, donc de justifier plus facilement les demandes moyens supplémentaires pour des projets médicaux (CKF5). Pour la cadre, le but étant d'apporter les moyens humains et matériels aux équipes pour une prise en soin au plus près de la réalité des patients. Le but n'est pas de *« d'aller chercher ce qu'on fait pas et ce qu'on a pas fait »* (CKF8) dans le PMSI.

La place du contrôleur de gestion dans ce processus de changement reste très limitée. Même si certains cadres aimeraient que le contrôle de gestion soit plus impliqué, la plupart ne savent pas ce qu'il fait au quotidien. Dans le processus d'amélioration de la qualité des soins que peut impulser la DMA, ce n'est pas le contrôleur de gestion qui peut prendre la place d'initiateur de ce changement, même si ses missions peuvent porter sur des indicateurs extra financiers, cette mission revient plus à la qualitiennne présente en établissement et/ou celle du siège.

### **C) La crainte de la baisse de la DMS par les professionnels**

La particularité du secteur du SSR est la longueur des séjours, tous les professionnels rencontrés ainsi que la littérature en font état. La rééducation, la réadaptation ça prend du temps. Les chiffres du PMSI font état de 24 jours médian d'hospitalisations complète. La dimension sociale a été mise en avant par les soignants interrogés : *« c'est prendre en soin le projet de vie du patient »* (MedM2). Le SSR devient alors la structure privilégiée d'une continuité d'une hospitalisation. Outre l'adressage comme enjeu pour avoir une activité de SSR efficiente, le mode de sortie à anticiper : HAD, retour à domicile, SIAAD etc. Alors pour certains établissements c'est un problème : *« nos DMS sont très lourdes, on veut les faire sortir, mais on ne peut pas, toujours ce problème d'adressage mais de mode de sortie aussi »* (TF8). Peut-on craindre une réduction des DMS avec la modification des zones tarifaires et forfaitaires pour l'HC ?

La question posée lors des entretiens aux professionnels aux professionnels étaient *« Craignez-vous un effet T2A sur les SSR ? »*. Un médecin a répondu qu'il craignait de réduire ses séjours *« par contraintes administratives »* (MedM2). Pour d'autres, l'effet T2A permettrait de replacer le patient au bon endroit et surtout d'avoir *« les bons patients »* (CKF5). En mettant un codage au plus près de la réalité de la prise en soin des SSR, avec la spécialité, le niveau de lourdeur et de sévérité, alors on a les bons patients dans les bonnes prises en soins. Le PMSI SSR V2022 illustre les différentes modalités de la valorisation de l'activité en fonction de la durée de séjour. Alors la DMS aura un impact sur la performance de l'établissement (cf section 3).

La mise en place de la DMA aura un impact sur la qualité des soins à plusieurs niveaux : sur la spécialisation des actes, sur une prise en charge pluridisciplinaire et sur de nouvelles prises en soin. Le PMSI est la clef de voûte de la valorisation de l'activité et peut impacter la qualité des soins. En mettant en avant la rééducation et la pluridisciplinarité, les projets médicaux des établissements seront peut-être à changer. Les deux sont intrinsèquement liés comme la performance des établissements de SSR.

### Section 3 : Une réforme impactant le pilotage stratégique des SSR

---

Outre l'impact sur la prise en soin des patients, la réforme de financement impacte directement le pilotage des établissements de SSR. Nous allons tenter de savoir si la réforme du financement valorise mieux l'activité de l'établissement (A), cependant des dérives sont à anticiper (II).

#### I. Une meilleure valorisation de l'activité de l'établissement

Cette réforme permet une rémunération au plus juste de la réalité de la prise en soin du patient (A). Comme c'est l'activité de l'établissement qui va être rémunérée, alors il faudra ancrer l'établissement dans son territoire (B). Cependant, est-ce que cette rémunération à l'activité va faciliter les rapports de gestion du CDG (C) ?

##### A) Reflet des prises en charge au plus près de la réalité

Cette part du financement rémunéré à l'activité permet de prendre en considération les ressources consommées pour la prise en soins des patients. Grâce au nouveau PMSI, la lourdeur de la prise en soin sera valorisée. C'est un moyen pour les professionnels « *d'avoir la bonne reconnaissance avec ce que l'on fait réellement* » (CKF8). C'est la bonne adéquation des ressources et des moyens. L'augmentation de la part de DMA ne va pas être avantageuse pour tous, pour certains établissements « *Rien que les 10% quand on les a eus, ça nous aidait* » (CKF3). Certains établissements ont des prix de journées très bas, alors cette augmentation de la part de la DMA est bénéfique. Tandis que pour d'autres, leur prix de journées est assez élevé, « *ça peut nous pénaliser, c'est notre crainte* » (DIRM3). Avec cette rémunération à l'activité on évite aussi des effets sur des DMS abusives

C'est aussi un moyen, comme pour la T2A :

- « D'établir un lien entre la production de soins et son financement » : et donc apporter de la transparence entre les opérateurs et les financeurs du système de santé.
- « De responsabiliser les acteurs en les incitant à davantage d'efficience sous peine de se voir sanctionner par des déficits » : ce qui est déjà le cas dans le secteur du privé à but lucratif, le

déficit n'est pas sanctionné comme dans le public, il peut conduire à la fermeture d'un établissement.

- « De favoriser la convergence tarifaire entre le secteur public et privé » : ce qui peut permettre un parcours de soins plus cohérent pour le patient en termes de tarifs.
- « D'inciter au développement des outils du contrôle de gestion (connaissance des coûts). » (Guerin & Husser, 2011) : la T2A permet au contrôleur de gestion d'acquérir une plus grande connaissance analytique des dépenses et des ressources.

Ces avantages pourraient être retrouvée avec la DMA sous réserve d'un codage efficient de l'activité. Une TIM expliquait qu'elle a *« dû refaire un point avec équipes, que 20% de l'HDJ n'était pas bien codé, sauf que l'HDJ on est toute de suite pénalisée, on n'est pas payés, donc je leur ai fait un retour pour leur dire que ce n'était pas possible qu'il y ait 20% de notre activité qui parte à perte »* (TF8). Cet extrait illustre deux choses ; la première est que la TIM a une connaissance fine des sources de revenus de l'établissement et que cette compétence est clef pour les directeurs afin de trouver les leviers d'optimisation. La seconde est que la TIM est proactive dans sa démarche d'optimisation et est en première ligne lorsqu'elle remarque des écarts ou des anomalies de codage : *« Si le codage est bien fait montre importance du soin, du coût, si on ne fait pas remonter l'information, on ne pourra pas demander une enveloppe supplémentaire si c'est mal fait »* (TF13). La TIM et la cadre grâce de leur place et leurs connaissances, se doivent d'anticiper cette augmentation de la part de DMA. C'est déjà le cas dans tous les établissements dans lequel ont eu lieu ces entretiens. Chacun procède à des audits de dossiers patients afin d'étudier les possibilités d'optimisation mais aussi de contrôler le bon codage du dossier. Dans un des établissements *« un double audit avait été réalisé sur une même année : vérification des actes CSARR mais également la mobilisation des bons thérapeutes sur la bonne nature de prise en charge et sur la bonne fréquence. Le but est de voir au niveau de la TIM si des écarts subsistent par méconnaissance de cette combinaison actes, thérapeutes, fréquence. »* (CKF8) Et surtout éviter de perdre le codage des patriciens qui *« préfèrent coder dans leur coin »* ou *« font les anguilles »* (TF10) auprès des TIM.

Avec une plus grande connaissance de la charge en soin d'un établissement SSR et donc une meilleure vision de ses ressources comme de ses dépenses, le pilotage stratégique doit s'adapter.

### **B) Un meilleur pilotage stratégique pour la direction opérationnelle**

La notion de pilotage stratégique des établissements de santé a été développé par M. Louazel. Il retient la définition suivante : *« Avec pour objectifs la réponse aux attentes des parties prenantes et l'obtention d'un avantage concurrentiel, la stratégie consiste en une allocation de ressources qui engage l'organisation dans le long terme en configurant son périmètre d'activité. »*

(G. Johnson et al., 2008). En mettant en parallèle cette définition et la réforme, on comprend que l'impératif qui se dresse pour les établissements de SSR est d'avoir un adressage et une place sur le territoire identifié. En fonction du territoire dans lequel l'établissement est implanté, il a une charge en soins différente. Les caractéristiques d'une population diffèrent d'un département à l'autre, tout comme l'offre en soin. Alors tout l'enjeu des SSR est de se placer correctement dans le parcours patient : avoir des adresseurs de la médecine aiguë (le plus souvent des CHU), puis avoir un moyen de sortie des patients vers l'HAD par exemple. Néanmoins, il ne faut pas penser que l'augmentation de la part de la DMA va mécaniquement augmenter l'activité des établissements. C'est ce qu'un médecin expliquait « *Oui si ça tourne plus on aura plus de patients, plus de journées d'hospitalisations à l'année, mais la capacité est ce que qu'elle est* » (MedM2).

L'augmentation de la DMA permettrait d'abord une meilleure qualité de codage. Ensuite elle permettrait une meilleure connaissance « *des ressources qui engagent l'organisation* » (ibidem). Le directeur d'établissement interrogé explique que cette réforme l'amène à « *s'adapter à la situation* ». Il va devoir faire face à ce changement car auparavant, tout le monde était « *parti vers la spécialisation, on a un modèle SSR assez spécialisé (...) Le polyvalent n'existe presque plus.* » (DIRM3). Pour certains établissements, les prises en soins sont lourdes avec un fort niveau de sévérité alors que ces dernières reposent sur une autorisation de soins polyvalents. Le financement est alors inadéquat et la rémunération à l'activité peut paraître injuste face à ce genre de situation. La spécialisation des autorisations offrira un financement adapté qui sera modulé par la dotation populationnelle. Si l'établissement prétend à la mise en place d'une nouvelle autorisation, le codage se doit d'être exhaustif, optimisé. En effet l'analyse de la demande se fera sur des données factuelles avec le risque de « *se la voir refuser* » (TF13)

Une prise en soin optimale nécessite un nombre suffisant de personnels soignants avec l'impératif, pour une direction, de maîtrise de la masse salariale. (Cf. section 2). Même si la réforme des autorisations impose un nombre d'encadrants pour une spécialité, la maîtrise de la masse salariale se conjugue à l'estimation d'un potentiel d'activité. De plus dans un contexte de pénurie de soignants, des choix stratégiques en termes de recrutement sont à réfléchir en les connectant aux réalités diverses des territoires. L'équilibre d'une prise en soin qualitative avec un projet de soin pluridisciplinaire conditionnera la capacité d'un établissement à se positionner sur des nouvelles autorisations dans le contexte particulier de son territoire.

Le contrôleur de gestion a toute sa légitimité au carrefour de l'information pour fournir une aide au pilotage permettant d'alimenter également cette réflexion stratégique imposée par ces modifications règlementaires aux directions opérationnelles.

### C) Le contrôleur de gestion et la DMA : quid d'une aide au pilotage

En tant que vérificateur de la fiabilité de l'information et compte tenu des processus mis en place, la mission du contrôleur de gestion est ardue. Il doit effectuer plusieurs contrôles. Celui des données de Prodim et d'OVALIDE, (pour rappel il n'a pas accès à ces données « brutes »). Avec pour exemple une DMA cumulée fautive voire inférieure au montant des mois derniers, le contrôleur de gestion aura pour seul recours de solliciter la cellule DIM sur de nouveaux contrôles. Difficultés renforcées par son éloignement de la réalité opérationnelle que les TIM en établissements maîtrisent. La vérification de la cohérence des FAE émises par la comptabilité avec l'activité en cours relève de la responsabilité du contrôleur de gestion. Enfin, il doit vérifier que toutes ces données remontent correctement dans les EPM/BI. L'égrenage de toutes ces tâches atteste de leurs côtés chronophages. La complexité de la réforme complique le rôle son rôle d'anticipation avec parfois des informations contradictoires ou floues émanant des pouvoirs publics. Avec pour exemple, le maintien des coefficients honoraires effectif jusqu'en 2026, mais qu'en sera-t-il d'après ? Le contrôleur de gestion doit non seulement communiquer aux acteurs des informations fiables mais également maîtriser les conséquences des réformes en cours, alors qu'il consacre beaucoup de temps à qualifier les données.

En tant que business partner, il doit donc apporter une aide au pilotage fiable reposant sur un recueil de données vérifiées et automatisées le plus possible au risque encore une fois de « perdre son temps » dans des contrôles qui relèvent de la cohérence et fiabilité d'un système d'information intégré. Le contrôleur de gestion de demain challengera les établissements sur la réalité et la pertinence de leur fonctionnement.

Enfin, est ce que le contrôleur de gestion peut être acteur de ce changement ? Le « *cœur de notre métier, c'est d'être en lien avec la partie droit, les directeurs d'établissements, informatique, c'est notre rôle de faire en sorte, que tout fonctionne bien* » (CDGM13). Tout est prêt au niveau de la BI chez LNA Santé pour que la DMA passe de 10% à 50%, c'est « *l'occasion de dépoussiérer un peu, en reprenant un peu d'ancien et en faisant quelque chose de nouveau* » (Ibidem). Des réunions ont été organisées à l'initiative du contrôle de gestion sur le suivi des réformes. Il ne peut être expert dans toutes les dimensions du changement. On se questionne sur sa connaissance détaillée du PMSI, doit-il être aussi expert que la TIM ? Doit-il être aussi expert que le SPRAP pour comprendre les décrets ? Mais il ne peut faire l'économie de saisir les grands mécanismes afin de comprendre les sources de revenus des établissements. Son rôle de business partner est de communiquer avec les différentes compétences expertes pour fournir une aide au pilotage, compréhensible de tous. Pour les acteurs de terrain il est essentiel, il y a « *une dynamique*

avec le CDG, les budgets vont évoluer avec la réforme, on aura besoin du CDG » (DIRM3). Pour construire les budgets 2023 il va devoir traduire la réforme en termes d'impacts financiers.

La réforme du financement impacte la performance des SSR en termes de valorisation de l'activité au plus près du réel, ce qui va nécessiter un suivi différent de l'activité pour les directions opérationnelles. Enfin le contrôleur de gestion peut avoir un rôle important à jouer lors de mise en place de cette réforme. Cependant la réforme n'apporte pas que des avantages, des dérives sont à anticiper.

## II. Des dérives possibles

Depuis l'entrée en vigueur la T2A, la littérature a fait état des dérives de ce système de fonctionnement. Est-il possible d'anticiper ceux de la DMA ? Une sélection des patients peut être évitée (A) et un ancrage territorial doit être un levier d'action à ne pas négliger (B).

### A) Une possible sélection en amont des patients et une réduction de la DMS

Certains reprochent à la T2A une « réduction illégitime de la durée des séjours ; » (Guerin & Husser, 2011). C'est aussi ce que craint le médecin interrogé. Tous les soignants ont expliqué que la rééducation prend du temps et doit être consolidée. Faire sortir trop tôt le patient c'est prendre des risques d'avoir, par exemple, de nouveau des douleurs chroniques et être ré-hospitalisé. Les DMS de SSR doivent correspondre à la lourdeur de la prise en soin. Guerin évoque dans son article que la T2A a comme effet « transfert des patients dans des structures non soumises à la T2A. ». Appliqué au secteur du SSR, qui deviendrait une structure d'aval de la MCO si le SSR a sa T2A ? Il ne faut pas non plus réduire les SSR comme seul aval de la médecine aiguë. Pourtant « avec la réforme des autorisations, on réaffirme aussi la présence des SSR en amont (...) on a un vrai rôle d'amont et d'aval qui est assigné pour pallier les difficultés du MCO » (SRAPF5), alors cette réforme aurait aussi une incidence sur le parcours de soin du patient. Le but de cette réforme, est de « remettre les bons patients aux bons endroits » (CK13) et non réduire la qualité de la prise en soin, ou de générer des pertes de chances aux patients.

Une autre crainte des soignants est une sélection des patients en amont. A contrario de la T2A, où la crainte était une « sélection des patients pour éviter les cas les plus lourds ; » (ibidem), en SSR la sélection se fera si la prise en soin est spécialisée, lourde, utilisant le plateau technique et sollicitant toute l'équipe de soignants. Une des TIM en établissement évoquait que son rôle allait surement être amené à être rapprocher de la commission de préadmissions. Elle pourrait être capable d'anticiper la valorisation de la prise en soin avec le médecin. Les cadres sont plus vigilants du niveau de lourdeur des patients lors de leur admission. Pour eux, c'est un moyen d'évaluer le nombre de personnels nécessaire pour la prise en soins. La pénurie de personnel oblige déjà une

sélection : « *il y a des patients qu'on ne peut pas prendre en ergothérapie, on a seulement 4 ETP en ergothérapeute et on a une grosse filière d'épaule, et des patients polypathologiques adressés* » (ibidem).

### **B) La place sensible du codage**

Grâce au codage : « *On peut mettre sur papier l'activité de la clinique (..) la valoriser, on peut même s'orienter vers certaines pathologies, se spécialiser* » (TF10). L'exhaustivité du codage est un enjeu stratégique. Outre une sélection possible en amont, des mauvaises pratiques de codage peuvent se mettre en place. Le surcodage, ou le upcoding, « *c'est-à-dire classer le patient dans un GHM avec un coût supérieur à ce qu'il devrait avoir normalement* » (Thollet, 2020) peut se mettre en place. Il y aurait alors un gain artificiel sur la prise en soin des patients. Il y aura un enjeu de contrôle pour les TIM et des cadres afin d'éviter cette pratique. C'est ce que craint une cadre : « *il ne faut qu'on code pour coder, et éviter les dérives, je vois le benchmark entre les établissements, on a eu une pratique très saine mais on n'est pas au niveau de certains* » (CKF3).

Ensuite il va être nécessaire d'amorcer le changement de pratique du codage pour les soignants. Tous ceux qui font les « *anguilles* » ou qui codent « *dans leur coin* » (TF8) ne se « *rendent pas compte des enjeux* » (TF10). Le travail de pédagogie a été déjà amorcé par les TIM et les cadres. La sensibilisation au PMSI doit être poussée au niveau des soignants dès à présent. Pour les cadres c'est faire « *sortir de leur confort* » (CKF5) les soignants. Ils ne sont pas les seuls à sortir de leur confort, les TIM sont aussi challengés avec le nouveau PMSI. Elles doivent se réhabituer à une nouvelle manière de coder.

La réforme des SSR impacte la performance des établissements sur plusieurs aspects. Avec une valorisation de l'activité qui se fait au plus près de la consommation des ressources, une meilleure estimation de la charge en soin peut être pensée. Un moyen pour les directions opérationnelles de bénéficier de réflexions stratégiques en termes de filières de soins axées sur une offre territoriale.



## CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS

### I. La place du contrôleur de gestion dans le groupe

Au sein du groupe le CDG a une place reconnue et impulse de nombreux projets. Il est celui qui met en lien tous les acteurs. Pour les établissements de son périmètre il est une ressource identifiée et appréciée des directions. Cependant, mis à part les directions, peu de personnes connaissent son rôle et son utilité. Même si les déplacements du contrôleur de gestion sont fréquents, il n'est pas considéré comme un acteur à part entière de l'établissement. Il exerce une fonction support. Mais est-ce que le contrôle de gestion se résume à une fonction support ? Comme expliqué tout au long de ce mémoire il constitue une aide indispensable au pilotage de l'entreprise. Le pilotage est la mise en application de la stratégie. Pour se faire il se doit de connaître parfaitement chaque établissement, et cette tâche est ardue car chaque contrôleur de gestion a en moyenne une quinzaine d'établissements dans son périmètre. A l'image d'un CHU, chaque pôle de santé possède deux contrôleurs de gestion. Même si les outils de BI mis en place facilitent le travail de contrôleur de gestion, une aide au pilotage nécessite une maîtrise de tous les dossiers, avoir un périmètre trop large ne peut le permettre. Même si une harmonisation des pratiques constitue un point clef de la politique du groupe, il y a régulièrement des rachats d'établissements. Ces établissements récemment acquis doivent passer par une période de transition avec la mise en place des outils de gestion du groupe et cette étape est très chronophage pour le CDG. La mise en place de contrôleur de gestion détaché lors des rachats (comme ce qui se fait avec la comptabilité) pourrait être alors envisagé pour soulager l'équipe du siège le temps que la transition s'effectue. De plus, si le groupe décide de poursuivre son internationalisation, un établissement étranger ne pourra être considéré comme un établissement français en termes de quantité de travail : les normes, les processus, la culture de soin seront différentes. Encore une fois, peut-être qu'envisager des contrôleurs de gestion détachés sur ces établissements en doublon avec ceux du siège pourrait être une solution.

Chaque périmètre de contrôleur de gestion n'est pas en adéquation avec les périmètres des directeurs d'exploitation (DEX). Alors chaque contrôleur de gestion peut avoir un, deux voire trois DEX dans son périmètre. Chaque acteur a un nombre d'interlocuteurs importants : la manière de travailler de chacun est différente et des informations peuvent se perdre. Cependant il n'est pas envisageable de proposer un contrôleur de gestion par DEX car les périmètres sont très inégaux. Il n'est pas non plus envisageable d'organiser le contrôle de gestion par métiers, un pour le SSR, la MCO, la psy et les HAD. Il y aurait un manque de diversité pour les contrôleurs de gestion et une spécification qui provoquerait une organisation en silo. Revoir les périmètres des DEX permettrait dans un premier temps d'établir des binômes entre contrôle de gestion et DEX. Ensuite, cela

permettrait pour tous les contrôleurs de gestion d'avoir une diversité des activités dans son portefeuilles de missions. Si un contrôleur de gestion est responsable d'un type d'établissement, lorsqu'il quitte l'entreprise, la connaissance du secteur aussi.

## **II. Considération du changement chez LNA santé**

Lors de changements aussi importants que les réformes de financement, LNA santé met en place des groupes de travail, des veilles qui permettent de préparer ces changements. Cependant, il est difficile de coordonner tous les acteurs du siège, car chacun a un niveau de compréhension différent de la réforme... et de l'urgence. Pris dans la routine et le quotidien du cycle de gestion, ces changements viennent perturber le fonctionnement de certaines fonctions. Pour la DMA, la cellule TIM/DIM va recevoir une pression beaucoup plus importante de la part des établissements et du siège. Si les changements sont anticipés, la charge de travail conséquente de ces réformes ne l'est peut-être pas assez.

## **III. Nécessité de clarification du processus de comptabilisation de la DMA**

Concernant le processus de la DMA, une clarification des processus est nécessaire. Un logigramme avec une procédure devrait être établi afin de fixer les deadlines tous les mois pour une comptabilisation du PMSI réel. Chaque acteur a besoin que son rôle soit plus défini et surtout qu'il connaisse celui des autres. En comprenant le processus de manière globale, chacun comprend son importance au sein de la procédure. Lorsque la DMA représentera 50% des revenus des établissements, la comptabilisation du PMSI réel ne pourra pas être oubliée.

Afin de limiter le nombre d'acteurs dans ce processus, peut-être qu'un lien entre BW (business warehouse) et PRODIM/OVALIDE pourrait être envisagé. Surtout que la DGOS a annoncé au mois de juin une facturation directe de l'activité. Ce qui aura pour conséquence qu'il ne sera plus possible d'optimiser les dossiers : les données ne seront plus envoyées en cumuler mais bien mois par mois. Une pression supplémentaire sera alors mise sur l'optimisation du codage, et donc sur les TIM et les professionnels en établissements. Comme évoquait les TIM en établissement, les équipes ne sont pas encore prêtes à ce bouleversement. Si les données d'OVALIDE peuvent être extraites comme celles de HM via BO, tous les intervenant auront les mêmes données. Cependant, c'est l'ATIH qui contrôle la centralisation de ces informations avec OVALIDE. La qualification de la donnée est essentielle pour avoir un suivi de la DMA exhaustif. Ensuite, l'enjeu majeur sera d'avoir un délai de facturation le plus court possible. Si le délai de facturation n'est pas optimisé l'impact sur la trésorerie risquera d'être énorme.

## **IV. Axer le pilotage opérationnel**

La réforme du financement se conjugue avec celle des autorisations. Pour piloter une activité de SSR en 2023 il faudra avoir une vision de ses files actives de patients et de son personnel pour

pouvoir acquérir les autorisations adéquates. Obtenir ces autorisations revient à prendre des parts de marchés sur un territoire, ce qui est un enjeu stratégique. Une connaissance précise des ressources en établissements, des projets médicaux, et de son ancrage territorial sera un enjeu fort pour les SSR de demain.

La réalité du SSR n'est pas celle de la MCO. La prise en soin est complexe : plusieurs intervenants, plusieurs typologies d'actes, des niveaux de sévérité et de lourdeur etc. Il sera essentiel de poursuivre la formation des professionnels sur le codage. La Tim en établissement aura rôle essentiel dans l'optimisation des dossiers patients. Avec la mise en place de la facturation directe, il ne sera plus possible de recoder les dossiers après la sortie du patient.

Lors du dialogue de gestion, il serait intéressant de mettre l'accent les filières de soins du groupe. Lors des revues mensuelles d'exploitation, l'équipe du contrôle de gestion présente une vue du CA et du TO pour tous les établissements. Pour avoir un pilotage opérationnel pertinent, il serait intéressant d'ajouter à ces données, des TO par spécialités pour le SSR. Cela permettrait d'avoir une vision globale des différentes filières. Passer d'un prisme de prise a soin à la place d'un point de vue purement financier permet de s'inscrire dans les réalités territoriales des établissements. Donc de s'inscrire dans une logique de part de marché avec l'acquisition d'autorisations.

## Limites & Conclusion

La principale limite de ce travail a été le choix de l'échantillon. Au moins deux entretiens semi-directifs par professions auraient été nécessaire. Ils auraient pu apporter des éléments de comparaison entre personnes d'une même profession. Pour obtenir des résultats plus exploitables il aurait été intéressant de prendre deux établissements du groupe comme étude de cas. Au sein des établissements toutes les professions auraient été interrogées. Les guides d'entretiens auraient pu tester leurs robustesses sur un panel plus large. La seconde limite de ce travail était le timing de la réforme en cours. A la date d'envoi de ce mémoire, il n'a pas été pris en compte la dernière communication de la DGOS de mai sur la mise en place de la facturation directe. Elle n'est évoquée que dans la partie recommandations. Comme les entretiens ont eu lieu entre fin avril et mi-mai, il n'a pas été possible de leur poser des questions sur ce changement de système de facturation. Lorsque l'on travaille sur des réformes en cours, il est difficile de prendre du recul sur les changements qui vont être mise en place. L'absence de simulations financières de cette réforme est une des limites principales de ce travail. Des exemples auraient pu être développés pour illustrer les pertes ou les gains des établissements sur leur part d'activité. Il aurait été intéressant de travailler ces simulations en prenant un case-mix d'activité représentatif par autorisation.

Ce travail a permis d'apporter des éléments de réponses sur le pilotage des établissements de SSR après la mise en place de cette réforme de financement. La littérature permet de poser une grille de lecture pour comprendre le sujet. Une vision claire des missions du contrôle de gestion dans les établissements de santé est tout d'abord expliquée. L'accompagnement du changement en étant une. Revenir sur l'histoire du secteur des SSR permet de comprendre leurs particularités : la pluridisciplinarité et la complexité de la prise en soin. La réforme tente de synthétiser ces caractéristiques. Ces éléments permettent de comprendre le processus de comptabilisation de la DMA, tout en soulevant ses limites. Ensuite, les entretiens ont apporté un éclairage de terrain sur le niveau de compréhension de la réforme. Ces éléments permettent de dégager des hypothèses et des propositions de changement de pilotage des établissements.

En quoi l'augmentation de la DMA modifie le pilotage de l'activité des établissements SSR ? L'entrée en vigueur du nouveau PMSI, obligera à valoriser la lourdeur, la sévérité et la rééducation de chaque patient. La réforme des autorisations oblige les établissements à une prise en soin pluridisciplinaire complexe. L'enjeu du pilotage repose sur un contrôle de gestion pertinent dans son périmètre et optimisé dans le « sourcing » des données. Au-delà de l'accompagnement au quotidien d'optimisation des ressources, le contrôleur de gestion jouera un rôle prépondérant dans la simulation de scénarii de développement organique : un case mix varié, avec des autorisations permettant une optimisation des ressources de l'établissement : la masse salariale versus une file active de patient bien identifiée. Le contrôleur de gestion a toute sa place dans l'équation

adéquation des ressources de l'établissements à l'activité. L'identifications des parts de marchés à saisir se construit sur une maîtrise de l'environnement de l'établissement mais également sur une compréhension parfaite de son fonctionnement illustrés sur des indicateurs spécifiquement choisis. Identifier la place de l'établissement sur le territoire et son case-mix conditionnent les natures d'activités en intégrant la dotation populationnelle comme un vecteur d'ajustement qui peut se révéler sur certains cas comme essentiel.

La scandale Orpéa pénalise le secteur privé. L'opinion publique serait tentée de faire des raccourcis de pensées sur la qualité de la prise en soin de tous les établissements de santé privé à but lucratif. Comme indiqué dans le nom du secteur, l'objectif affiché est le profit mais à quelle destination, le partage ? Le secteur est ultra compétitif vecteur d'efficience mais d'interrogations d'avenir et de choix stratégiques mixant développement organique et croissance externe. Le profit dégagé par les établissements ne sert pas seulement à rémunérer les actionnaires, mais ils permettent de financer les investissements, les projets médicaux et de soins et sont également partagés avec l'ensemble des salariés via la participation les accords d'intéressement et/ou l'actionnariat salariale.



---

## Bibliographie

---

- Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency : An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, 119(3), 333-340. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.001>
- Ancarno, J. (2022, mars). *Contrôleur de gestion c'est quoi ? C'est un comptable amélioré ?* [LinkedIn]. <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6908700643784044544/>
- Appelbaum, D., Kogan, A., Vasarhelyi, M., & Yan, Z. (2017). Impact of business analytics and enterprise systems on managerial accounting. *International Journal of Accounting Information Systems*, 25, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.accinf.2017.03.003>
- ATIH. (2019). *Campagne tarifaire et budgétaire 2019 Nouvelles modalités de financement du champ SSR*.
- ATIH. (2020). *LA NOUVELLE CLASSIFICATION SSR*.
- ATIH. (2022a). *CSARR Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*.
- ATIH. (2022b). *GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION*.
- Autissier, D., & Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. *Question(s) de management*, 21(2), 45-54. <https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045>
- Baly, O. (2015). *Le contrôle de gestion hospitalier*. Dunod. <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-409.htm>
- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J. (2008). Management Innovation. *Academy of Management Review*, 33(4), 825-845. <https://doi.org/10.5465/amr.2008.34421969>
- Bouquin, H. (2005). *Les fondements du contrôle de gestion*. PUF. <https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/636>
- Bréchat, P.-H., Leenhardt, A., Mathieu-Grenouilleau, M.-C., Rymer, R., Matisse, F., Baraille, D., & Beauvils, P. (2010). Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Sante Publique*, Vol. 22(5), 571-580.
- Burellier, F., Orvain, J., Angelé-Halgand, N., Ruiller, C., Laude, L., Baret, C., Gavault, S., & Louazel, M. (2019). Certifié « Cadre administratif de pôle »LTD. L'encastrement identitaire pour légitimer un nouveau rôle. *@GRH*, n° 32(3), 79-103.
- Cavelius, F. (2016). *Comptabilité de gestion et pilotage des coûts*.
- Cavélius, F., Endenich, C., & Zicari, A. (2020). Back to basics or ready for take-off? The tensions on the role of management controllers in the digital age. *Comptabilité Contrôle Audit*, 26(2), 89-123. <https://doi.org/10.3917/cca.262.0089>
- Charavel, C., Mauro, L., & Seimandi, T. (2018). Évolution de l'activité des Soins de suites et de réadaptation (SSR) entre 2008 et 2016. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, S29. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.062>
- Circulaire DH/EO4 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation—APHP DAJDP*. (s. d.). Consulté 18 juin 2022, à l'adresse <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo4-97-841-du-31-decembre-1997-relative-aux-orientations-en-matiere-dorganisation-des-soins-de-suite-ou-de-readaptation/>
- Claveranne, J.-P., Pascal, C., & Piovesan, D. (2003). Les restructurations des cliniques privées : Radioscopie d'un secteur en mutation. *Revue française des affaires sociales*, 3, 55-78.
- Colombini-Loubignac, S. (2018). DMA! Genèse et déroulé de la réforme tarifaire. *Finances hospitalières*, n° 124, pp.2-7.
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, 2008-377 (2008).
- Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins

- médicaux et de réadaptation, 2022-24 (2022).
- Décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, 2022-597 (2022).
  - Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier, 80-284 (1980).
  - *Décret n°2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).* - *Légifrance.* (s. d.). Consulté 12 juin 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000254221/>
  - Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : Quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>
  - DRESS, Juliette Grangier, Myriam Mikou, Romain Roussel, & Julie Solard. (2015). *Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015* (N° 1025).
  - Dumez, H. (2011). Faire une revue de littérature : Pourquoi et comment ? *Le Libellio d'ÆGIS*, 7(2-Eté), 15-27.
  - FEHAP. (2019). *La webconférence Réformes SSR.*
  - Gervais, M. (2009). *Contrôle de gestion des activités de services* (p. 547-562).
  - Guerin, O., & Husser, J. (2011). Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : Vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? *Vie & sciences de l'entreprise*, 189(3), 12-22. <https://doi.org/10.3917/vse.189.0012>
  - Haepere, B. V. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus ? *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LI(2), 83-99.
  - Jp, D. (2015). *Evolution des SSR et perspectives pour les activités de MPR*. N°4, 10.
  - Kotter, J. P. (2008). *Force For Change : How Leadership Differs from Management*. Simon and Schuster.
  - Lambert, C., & Sponem, S. (2009). La fonction contrôle de gestion : Proposition d'une typologie. *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 15(2), 113-144.
  - Langfield-Smith, K. (1997). Management control systems and strategy : A critical review. *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 207-232.
  - Lartigau, J. (2009a). L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, Volume 27(7), 371-391.
  - Lartigau, J. (2009b). The development of the use of management control in hospitals. *Journal d'économie médicale*, 27(7), 371-391.
  - *Les SSR, c'est quoi ? | FHP-SSR.* (s. d.). Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
  - L'Hosis, N. (2021, avril). *Profils et missions des contrôleurs de gestion en milieu hospitalier francophone* [Colloque international « Le contrôle de gestion dans tous ses états »]. <https://www.pilar-institute.com/sites/default/files/Nathalie%20LHOSTIS%2C%20Pilar%20-%20Fes%202017%20-%20Colloque%20CDG%20-%20Profil%20et%20missions%20CDG%20hospitaliers.pdf>
  - Ollivier, E., & Daran, G. de. (2018). *Chapitre 3. Le contrôle de gestion et la mesure de la performance*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-449.htm>
  - *Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation—Légifrance.* (s. d.). Consulté 12 juin 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000429878/>
  - Pfeffer, J., & Pfeffer, T. D. D. I. P. of O. B. G. S. of B. J. (1997). *New Directions for Organization Theory : Problems and Prospects*. Oxford University Press.
  - Raimondeau, J. (2020). *Manuel de santé publique : Connaissances, enjeux et défis*. Presses de l'EHESP. <https://www.presses.ehesp.fr/produit/manuel-de-sante-publique/>

- Redslob, L. (2013). Les résistances au contrôle de gestion dans les armées. Enjeux et perspectives. *Stratégique*, 104(3), 117-145. <https://doi.org/10.3917/strat.104.0117>
- Reutter, J., Allain, É., & Landagaray, P. (2021). L'évolution des rôles du contrôleur de gestion à l'ère de la Business Intelligence. *ACCRA*, 11(2), 85-107.
- Rikhardsson, P., & Yigitbasioglu, O. (2018). Business intelligence & analytics in management accounting research : Status and future focus. *International Journal of Accounting Information Systems*, 29, 37-58. <https://doi.org/10.1016/j.accinf.2018.03.001>
- Robillard, J. (2022). SSR — *Le SSR dispose enfin de son nouveau régime d'autorisation*— HOSPIMEDIA. [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220113-ssr-le-ssr-dispose-enfin-de-son-nouveau?utm\\_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20220113-ssr-le-ssr-dispose-enfin-de-son-nouveau&utm\\_medium=publicSite&utm\\_campaign=redirection&utm\\_term=logged](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220113-ssr-le-ssr-dispose-enfin-de-son-nouveau?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20220113-ssr-le-ssr-dispose-enfin-de-son-nouveau&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged)
- Robillard, J. (2022, avril 8). SSR — L'absence de simulation alimente les craintes sur la réforme ... - HOSPIMEDIA. HOSPIMEDIA. [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220408-ssr-l-absence-de-simulation-alimente-les-craintes?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220408-ssr-l-absence-de-simulation-alimente-les-craintes?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)
- Saetta, S. (2016). Chapitre 7. Méthode documentaire et étude des écrits dans les recherches en santé. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 133-150). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0133>
- Sicotte, C. (2018). 2. Rechercher l'amélioration continue de la performance : Point de mire de l'action managériale. In *Manager une organisation de santé* (p. 37-52). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/manager-une-organisation-de-sante--9782810907205-page-37.htm>
- Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : Se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 86-101). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0086>
- Thollet, M. (2020). Les effets pervers de la tarification à l'activité (T2A). *Infomed*, 1(5). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02876154>
- Touchais, L., & Herriau, C. (2009). LE CONTRÔLE DE GESTION DANS UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT : DÉFINITION D'UN CADRE CONCEPTUEL ET APPLICATION À LA RELECTURE D'UN PROCESSUS DE TRANSMISSION. *Management Avenir*, 22(2), 70-91.
- Waelli, M., & David, J. (2018). 6. *Mettre en œuvre des outils de gestion dans les organisations de santé*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/manager-une-organisation-de-sante--9782810907205-page-121.htm>
- Yelnik, A. (2008). Les textes réglementant l'activité en soins de suite et de réadaptation du décret du 9 mars 1956 aux décrets du 17 avril 2008. Place de la médecine physique et de réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(5), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2008.04.013>



---

## Liste des annexes

---

1. Annexe : Grille entretien V0 TIM
2. Annexe : Grille entretien V1 TIM
3. Annexe : Grille entretien cadre kiné & médecin
4. Annexe: Grille entretien Compta
5. Annexe : Grille entretien SRAP
6. Annexe: Grille entretien CDG
7. Annexe: Grille entretien Directeur
8. Annexe : Grille analyse
9. Annexe: SWOT
10. Annexe : Organigrammes simplifiés
11. Annexe : Schéma des BI
12. Annexe : Schéma des changements
13. Annexe : tableau ATIH niveaux hiérarchiques de classification
14. Annexe : Schéma de la nouvelle classification PMSI



CHAUMEIL	Antonine	Juin 2022
<b>MASTER 2 - Analyse et Management des Organisations de Santé (AMOS)</b> <b>Promotion 2022</b>		
<b>Le rôle de la DMA dans le pilotage de l'activité des Soins de Suite et de réadaptations</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a bouleversé le monde de la santé. Elle a permis une meilleure transparence des ressources des établissements de santé et une meilleure pertinence de la prise en soin. La réforme du financement des SSR prévue pour le 1er janvier 2023 met en place une dotation modulée à l'activité (DMA) à hauteur de 50% des revenus de l'établissement, contre 10% auparavant. Ce travail étudie le rôle du contrôleur de gestion dans l'anticipation de ce changement et quelles seront les conséquences sur la performance des établissements de santé. L'étude qualitative a été menée dans un groupe de santé privé spécialisé en SSR et EHPAD. La nouvelle classification du PMSI est expliquée comme la clef de voûte d'un modèle valorisant la sévérité et la lourdeur des prises en charge. Le cœur de cette réforme étant de replacer la rééducation au centre de la prise en soin tout en prenant en compte les disparités territoriale et techniques des établissements de santé.</p> <p>The introduction of the price per activity introduced in 2005 in France launched a fundamental change in the French healthcare system. It implemented a greater transparency of resources and relevance in term of patient's care. The reform of the reeducation sector will be implemented the 1st of January 2023. It provides a stronger place of the price per activity: 50% of the revenue for a clinic against 10% before the reform. This master's thesis studies the role of the management control when those changes are implemented and the consequence of the enhancement of the price per activity on the performance of the clinics. The qualitative research was conducted in the private sector, within a group specialized in Elderly care and reeducation. The new classification of medical act is the cornerstone of this reform. It boosts the recognition of the severity and the heaviness of the patient's treatment. The center of this reform is for the State to reduce inequality between clinics.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Dotation modulée à l'activité ; contrôle de gestion ; soins de suite et réadaptation ; réforme financement SSR 2022 ; PMSI ; SMR</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études 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></p>		

## Annexe n° 1 Grille entretien TIM V0

Mémo :

- Demander pour l'enregistrement
- Durée
- Rappel de qui je suis ; mes études ;
- Ma problématique de mémoire : Le rôle de la dotation modulée à l'activité dans le pilotage de l'activité des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

**Problématique : L'augmentation de la part des financements modulés à l'activité des établissements de soins de suite et réadaptations va-t-elle modifier le pilotage de l'activité ?**

Le but de l'échange : est de connaître leurs ressentis de leur fonction au sein de l'ETS : place du codage dans l'activité.

### Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation

- Q1. Demander de se présenter, son parcours (si a travaillé en MCO avant ou en ETS public ?)
- Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique
- Q3. Quelles sont vos missions ?

### Thème 2 ; Sur le métier du professionnel

- Q1. Quelle place a le codage dans votre ETS ?
- Q2. Avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?
- Si oui, grâce à quoi selon-vous ?
  - Si non, pourquoi ? Que vous manque-t-il ?

Q3. Dans de nombreux articles, on peut lire que le codage est une activité essentielle pour un établissement de santé, surtout depuis la T2A, qu'en pensez-vous ?

Q4. Qu'est-ce qu'un codage optimal selon vous ?

Q5. Pensez-vous que le codage a un impact direct sur le CA de l'établissement ?

### Thème 3 ; Le contrôle de gestion & DIM/TIM

Une première interrogation concerne la nature des fonctions du DiM au regard de la typologie établie par Anthony [1] : une grande partie des actions menées par le DiM et en particulier par les spécialistes en codification que sont les techniciens d'information médicale (TiM) [30] pourrait être assimilée à un contrôle opérationnel (ou contrôle des tâches)9 plutôt qu'un contrôle de gestion ; d'un autre côté, le contrôle comportemental exercé par le DiM sur les professionnels médicaux et surtout le caractère de plus en plus stratégique de l'information médicale le situent dans la sphère du contrôle de gestion. **S'agirait-il alors d'un nouveau type de contrôle de gestion ?**

Extrait de (Lartigau, 2009)

Q1. Quel est votre avis sur cette phrase : d'un autre côté, le contrôle comportemental exercé par le DiM sur les professionnels médicaux ?

Q2. Que comprenez-vous de cet extrait ?

Q3. Pensez-vous que la fonction de TIM est valorisée comme il le faudrait dans le cycle de gestion ?

#### Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir

Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?

- Si oui, passer à Q2
- Si non, explications rapides de la DMA

Q2. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter votre métier ? De quelle manière ?

Q3. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter les médecins et les kinés ?

Q4. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (en terme d'inflation de l'activité)

Q5. Pensez-vous que c'est une bonne chose / ne se prononce pas / une mauvaise chose ce changement ?

## Annexe n° 2 Grille entretien V1 TIM

Mémo :

- Demander pour l'enregistrement
- Durée
- Rappel de qui je suis ; mes études ;
- Ma problématique de mémoire : Le rôle de la dotation modulée à l'activité dans le pilotage de l'activité des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

**Problématique : L'augmentation de la part des financements modulés à l'activité des établissements de soins de suite et réadaptations va-t-elle modifier le pilotage de l'activité ?**

Le but de l'échange : est de connaître leurs ressentis de leur fonction au sein de l'ETS : place du codage dans l'activité.

### Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation

- Q1. Demander de se présenter, son parcours (si a travaillé en MCO avant ou en ETS public ?)
- Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique
- Q3. Quelles sont vos missions ?

### Thème 2 ; Sur le métier du professionnel

- Q1. Quelle place a le codage dans votre ETS ?
- Q2. Quels outils utilisez-vous ?

Q3. Avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?

- Si oui, grâce à quoi selon-vous ?
- Si non, pourquoi ? Que vous manque-t-il ?

Q4. Dans de nombreux articles, on peut lire que le codage est une activité essentielle pour un établissement de santé, surtout depuis la T2A, qu'en pensez-vous ?

Q5. Quelles sont les particularités du SSR (par rapport à la MCO) ?

Q6. Qu'est-ce qu'un codage optimal selon vous ? (Utilisation PRODIM & OVALIDE)

Q7. Pensez-vous que le codage a un impact direct sur le CA de l'établissement ?

### Thème 3 ; Le contrôle de gestion & DIM/TIM

Une première interrogation concerne la nature des fonctions du DiM au regard de la typologie établie par Anthony [1] : une grande partie des actions menées par le DiM et en particulier par les spécialistes en codification que sont les techniciens d'information médicale (TiM) [30] pourrait être assimilée à un contrôle opérationnel (ou contrôle des tâches) plutôt qu'un contrôle de gestion ; d'un autre côté, le contrôle comportemental exercé par le DiM sur les professionnels médicaux et surtout le caractère de plus en plus stratégique de l'information médicale le situent dans la sphère du contrôle de gestion. **S'agirait-il alors d'un nouveau type de contrôle de gestion ?**

Extrait de (Lartigau, 2009)

Q1. Que comprenez-vous de cet extrait ?

Q2. Quel est votre avis sur cette phrase : « *d'un autre côté, le contrôle comportemental exercé par le DiM sur les professionnels médicaux ?* »

Q3. Pensez-vous que la fonction de TIM est valorisée / a sa place dans le cycle de gestion ?

#### **Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir**

Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?

- Si oui, passer à Q2
- Si non, explications rapides de la DMA

Q2. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter votre métier ? De quelle manière ?

Q3. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter les médecins et les kinés ?

Q4. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité)

Q5. Pensez-vous que c'est une bonne chose / ne se prononce pas / une mauvaise chose ce changement ?

### Annexe n° 3 Grille Cadre kiné et médecins

Mémo :

- Demander pour l'enregistrement
- Durée
- Rappel de qui je suis ; mes études ;
- Ma problématique de mémoire : Le rôle de la dotation modulée à l'activité dans le pilotage de l'activité des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

**Problématique : L'augmentation de la part des financements modulé à l'activité des établissements de soins de suite et réadaptations va-t-elle modifier le pilotage de l'activité ?**

- Le but de l'échange : est de connaître leurs ressentis de leur fonction au sein de l'ETS : comment l'augmentation de la part de DMA va changer dans leurs activités ?

#### Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation

Q1. Demander de se présenter, son parcours (si a travaillé en MCO, en libéral avant ou en ETS public ?)

Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique

#### Thème 2 ; Sur le métier du professionnel

Q1. Qu'est ce qui est important dans votre métier ?

Q2. Quelle est votre relation avec la gestion ? Est-ce quelque chose qui vous importe ? (Demander si un profil gestionnaire)

Q3. Si oui, avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?

- Si oui, grâce à quoi selon-vous ?
- Si non, pourquoi ? Que vous manque-t-il ?

#### STIMULIS

Réhabilités craint ainsi une ubérisation du secteur, avec une raréfaction des budgets et un nivellement vers le bas des exigences de prise en charge. La dotation populationnelle pourrait gommer la perte de financement en reconnaissant le particularisme des Espic spécialisés. Cela nécessite un travail auprès des ARS pour couvrir les effets revenus négatifs. *"Si ces effets sont trop importants, maintenir notre niveau de prise en charge sera compliqué. Si nous ne le maintenons pas, qui le fera ? Constituer un établissement spécialisé ne se fait pas en un jour"*, poursuit Hélène Blaize.

Q4. Quelle est la particularité des SSR selon vous ?

Q5. Pourquoi exercer en clinique ?

Q6. Êtes vous familier avec le codage ? Quelle est votre relation avec la DIM/TIM ?

#### Thème 3 ; Le contrôle de gestion & les pros de santé

Q1. Quelle image avez-vous du CDG ?

Q2. Quelles sont ses missions selon vous ? Quelle utilité a-t-il ?

Q3. Pensez-vous qu'il a un rôle dans l'accompagnement lors de changements structurels ?

#### Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir

Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?

- Si oui, passer à Q2
- Si non, explications rapides de la DMA

Q2. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter votre métier ? De quelle manière ? (Surtout sur les kinés encore + à cause de la nouvelle classification)

Q3. Pensez-vous que l'encadrement de vos équipes va changer ?

Q4. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité) ? Peut-on parlé de T2isation des SSR à votre avis ?

Q5. Pensez-vous que c'est une bonne chose / ne se prononce pas / une mauvaise chose ce changement ?

## **Annexe n° 4 Grille entretien Comptabilité**

### **Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation**

- Q1. Peux-tu te présenter et présenter ton parcours ?
- Q2. Responsable hiérarchique ?
- Q3. Quelles sont tes missions au quotidien ?

### **Thème 2 ; Sur le métier du professionnel**

- Q1. Quels sont les outils que tu utilises au quotidien ?
- Q2. As-tu toujours accès aux informations dont tu as besoin ?

### **Thème 3 ; Le secteur SSR**

- Q1. Quelles sont les particularités du SSR ?
- Q2. Suis-tu la réforme SSR ?
- Q3. Lien prodim/Ovalide
- Q4. Process de comptabilisation de la DMA chaque mois ?

### **Thème 4 ; La réforme**

- Q1. Penses-tu que l'augmentation de la part de DMA change quelque chose ?
- Q2. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité) ? Peut-on parlé de T2isation des SSR à votre avis ?
- Q3. Niveau de compréhension
- Q4. Bonne ou mauvaise chose ?

## **Annexe n° 5 Grille entretien SRAP**

### **Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation**

- Q1. Demander de se présenter, son parcours
- Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique
- Q3. Quelles sont vos missions (veille juridique) ?

### **Thème 2 : outils**

- Q1. Quels outils utilisez-vous ?
- Q2. Quelle place a la BI (Jedox) au sein du groupe ?
- Q3. Accès à Jedox ?
- Q3. Avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?
- Q4. Etes-vous familiarisés avec PRODIM / OVALIDE ?

### **Thème 3 ; Le contrôle de gestion & liens avec les acteurs**

- Q1. Lien avec la comptabilité ?
- Q2. Avez-vous des liens avec la TIM en établissement ?
- Q3. Pensez-vous que la fonction de TIM est valorisée / a sa place dans le cycle de gestion ?

### **Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir**

- Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?
- Q2. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité)
- Q3. Quel est le rôle du contrôleur de gestion lors de changement organisationnel ? A-t-il un rôle à jouer ? Si oui, lequel ?
- Q4. Qu'est-ce que qu'a changé la réforme des autorisations ?
- Q5. Quelles sont les particularités des SSR ?
- Q6. Pensez-vous que c'est une bonne chose / ne se prononce pas / une mauvaise chose ce changement ?

## **Annexe n° 6 Grille entretien CDG**

### **Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation**

- Q1. Demander de se présenter, son parcours
- Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique
- Q3. Quelles sont vos missions ?

### **Thème 2 ; Sur le métier du professionnel**

- Q1. Quels outils utilisez-vous ?
- Q2. Quelle place a la BI (Jedox) au sein du groupe ?
- Q3. Avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?  
Si oui, grâce à quoi selon-vous ?
- Q4. Quelles sont les particularités du SSR (par rapport à la MCO) d'un point de vue base de données ?
- Q5. Etes-vous familiarisés avec PRODIM / OVALIDE ?

### **Thème 3 ; Le contrôle de gestion & SIH**

- Q1. Que comprenez-vous de cet extrait ?

### **Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir**

- Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?
- Q2. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité)
- Q3. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter un changement ?
- Q4. Quel est le rôle du contrôleur de gestion lors de changement organisationnel ? A-t-il un rôle à jouer ? Si oui, lequel ?

## Annexe n° 7 Grille entretien Directeur

Mémo :

- Demander pour l'enregistrement
- Durée
- Rappel de qui je suis ; mes études ;
- Ma problématique de mémoire : Le rôle de la dotation modulée à l'activité dans le pilotage de l'activité des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

**Problématique : L'augmentation de la part des financements modulé à l'activité des établissements de soins de suite et réadaptations va-t-elle modifier le pilotage de l'activité ?**

Le but de l'échange : est de connaître leurs ressentis de leur fonction au sein de l'ETS : qu'est-ce que la DMA va changer dans leur activité ?

### Thème 1 ; Présentation du professionnel et de sa place dans l'organisation

- Q1. Demander de se présenter, son parcours (si a travaillé en MCO, en libéral avant ou en ETS public ?)
- Q2. Demander de présenter sa place au sein de l'établissement, son rattachement hiérarchique
- Q3. Quelles sont vos missions ?

### Thème 2 ; Sur le métier du professionnel

- Q1. Qu'est ce qui est important dans votre métier ?
- Q2. Quelle est votre relation avec la gestion ? Est-ce quelque chose qui vous importe ? (Demander si un profil gestionnaire)

Q3. Si oui, avez-vous accès aux informations dont vous avez besoin ?

- Si oui, grâce à quoi selon-vous ?
- Si non, pourquoi ? Que vous manque-t-il ?

Q4. Quelle est la particularité des SSR selon vous ?

Q5. Pourquoi exercer en clinique ?

Q6. Êtes familier avec le codage ? Quelle est votre relation avec la DIM/TIM ?

Q7. Quelle relation avez-vous avec vos médecins et vos kinés ?

### Thème 3 ; Le contrôle de gestion & les directeurs ETS

*« Ils forment une mosaïque d'activités de soins d'une extrême diversité, englobant des populations beaucoup plus vastes que dans la plupart des pays étrangers comparables. Ce polymorphisme engendre une difficulté majeure pour concevoir une organisation et un financement qui répondent aux contraintes souvent contradictoires de l'accessibilité aux soins, de leur qualité et de l'efficacité économique. »*

Q1. Quel est votre avis sur cette phrase : « Ce polymorphisme engendre une difficulté majeure pour concevoir une organisation et un financement qui répondent aux contraintes souvent contradictoires de l'accessibilité aux soins, de leur qualité et de l'efficacité économique. »

Q2. Quelle image avez-vous du CDG ?

Q3. Quelles sont ses missions selon vous ? Quelle utilité a-t-il ?

Q4. Comment piloter vous votre activité ?

#### **Thème 4 ; Sur le SSR & la réforme à venir**

Q1. Êtes au fait de la réforme du SSR ? Savez-vous ce qu'il va changer ?

- Si oui, passer à Q2
- Si non, explications rapides de la DMA

Q2. Pensez-vous que l'augmentation de la part de DMA va impacter votre métier ? De quelle manière ?

Q3. Comprenez-vous la DMA comme la T2A ? (En termes d'inflation de l'activité)

Q4. Pensez-vous que c'est une bonne chose / ne se prononce pas / une mauvaise chose ce changement ?

Q5. L'augmentation de la part de DMA va-t-elle avoir un impact sur la manière dont vous piloter l'activité ?

## Annexe n° 8 : Grille d'Analyse vierge

- I. Relation entre les différents métiers**
  - a. Avec le CDG
  - b. Avec les DIM/TIM
  - c. Avec les médecins
  
- II. Connaissances du contrôle de gestion**
  - a. Qui est le contrôleur de gestion
  - b. Sa place dans l'organisation
  - c. Appétence pour la gestion
  
- III. Connaissance de la réforme**
  - a. Changement de pratique
  - b. Conséquences probables sur l'activités
  
- IV. La réforme comme vecteur d'amélioration de la performance**
  - a. Particularités du SSR
  - b. Valorisation des professionnels
  - c. Valorisation de l'activité
  
- V. La réforme comme voie d'amélioration de la qualité des soins**

## Annexe n° 9 : SWOT

# S

- Collab PMSI (DIM/TIM) et CDG pour avoir la part de DMA théorique à M-1
- Permet d'avoir la part de DMA théorique par mois par établissements (presque au fil de l'eau)
- Automatisation des process, évite d'avoir plusieurs interlocuteurs pour construire la DMA théorique
- Contrôle de la compta possible sur le fichier avec un TCD

# W

- Pas de contrôle de la compta => faite par le CDG
- Une personne = un fichier donc perte de savoir faire
- Lié à la fois à analysys + des collages de vues + jedox + fichier prodim + Ovalid
- A des écarts lorsqu'on calcule à la main : entre les fichiers de prodim et d'OVALID
- Dépend d'autres services (TIM/DIM compta) : collaboration pas optimale
- Maj du PMJT
- 36 minutes pour faire tourner la macro

# O

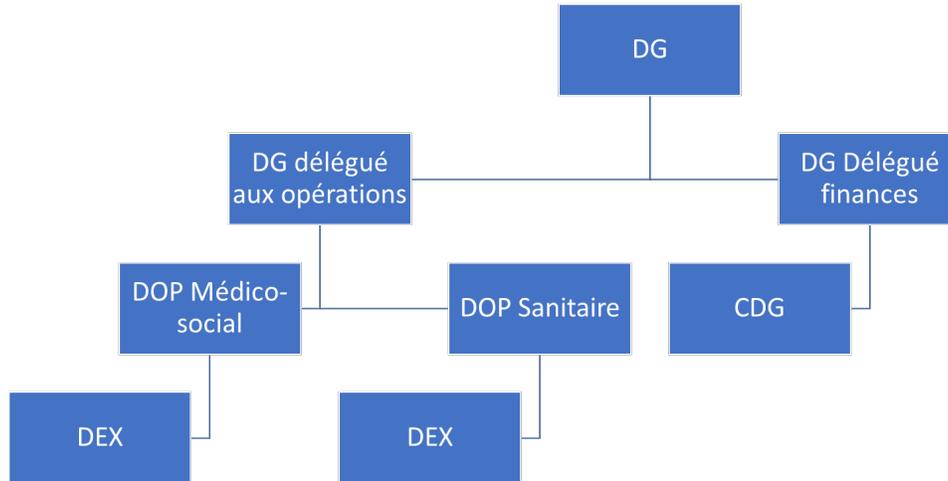
- Possibilité d'ajuster le fichier sur 50% de DMA dans la feuille « 888 et part de DMA »
- Possibilité d'avoir l'année et d'ajuster (faire des comparaisons)
- Mise en place d'un process + procédure clean pour permettre une utilisation simplifiée
- Est-ce que les ETS doivent y avoir accès ? Est ce que pour avoir un dialogue de gestion optimale ils devraient avoir un suivi de leur activité et de le part de DMA ?

# T

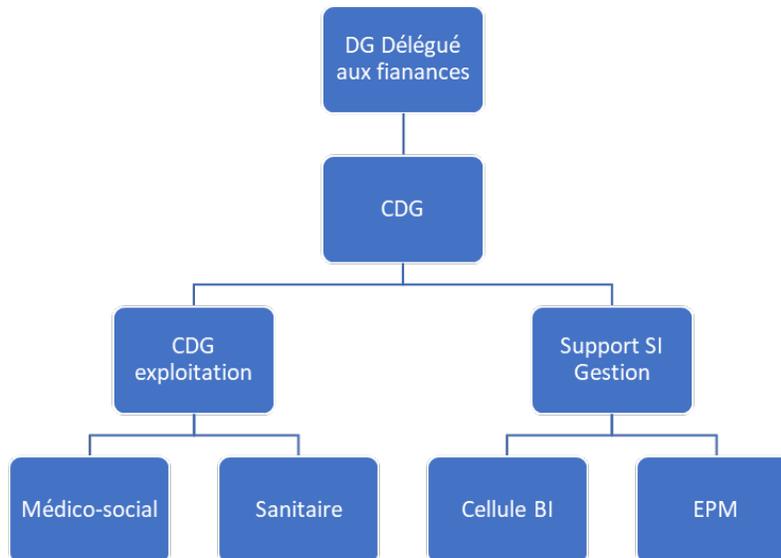
- Lorsque les coefs vont changer = vue jedox doit être maj mais si pas jedox add in = pb
- Turnover sur le CDG = plus de possibilité de sortir des données « fiables »
- Lorsque la DMA passera à 50% = pas possible de sortir un chiffre correct et donc les budgets seront mal construits.
- Lors du passage à 50% potentiellement il y aura un meilleur codage / plus d'actes (inflation semblable à la T2A ?) parce que peut avoir comme effet une augmentation de l'activité = fichier trop lourd = plante.

## Annexe n° 10 : Organigrammes simplifiés

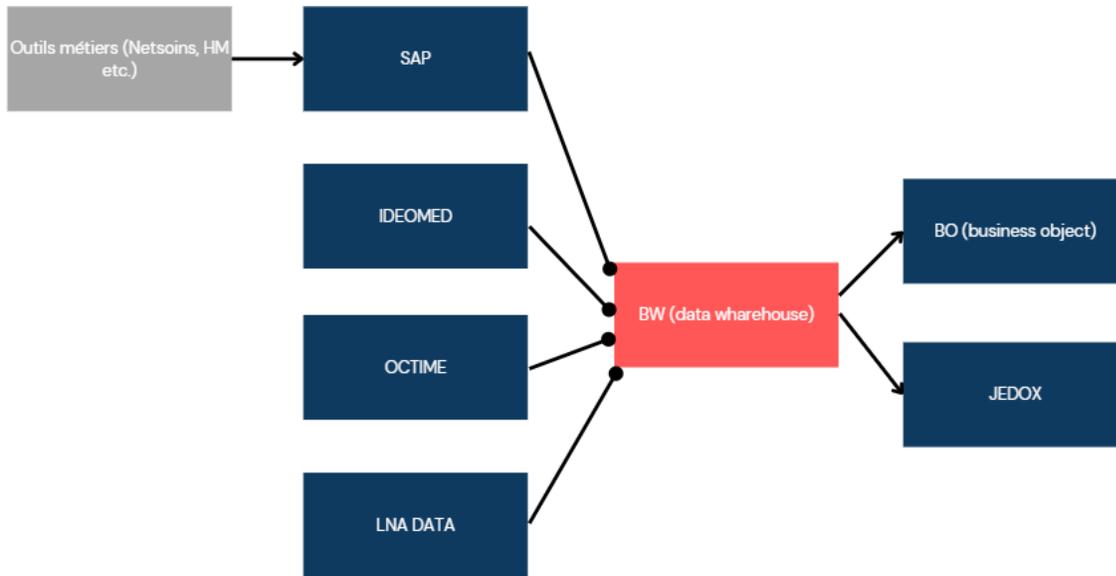
### 1. Organigramme de LNA santé (vision finances)



### 2. Organigramme du service

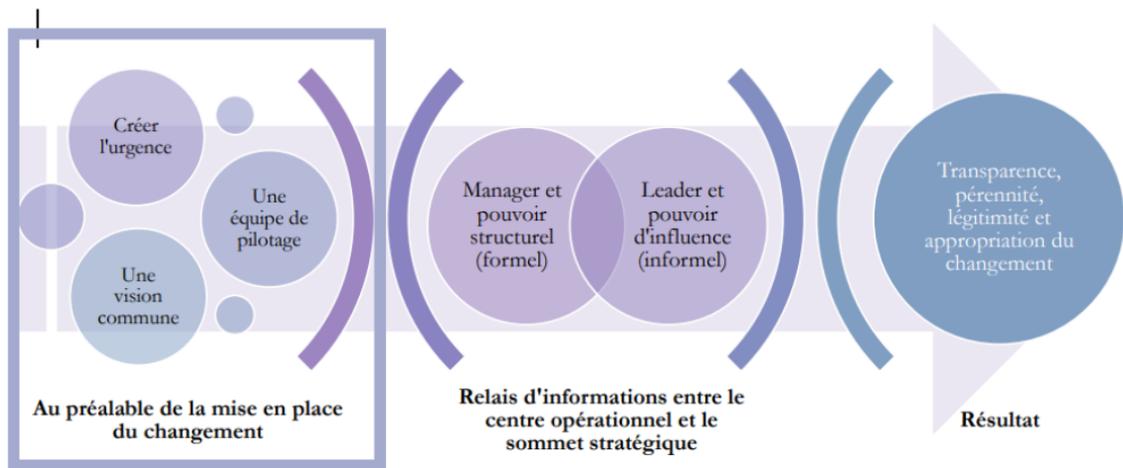


## Annexe n° 11 : Schémas des BI



## Annexe n°12 : schéma synthétique des théories du changement

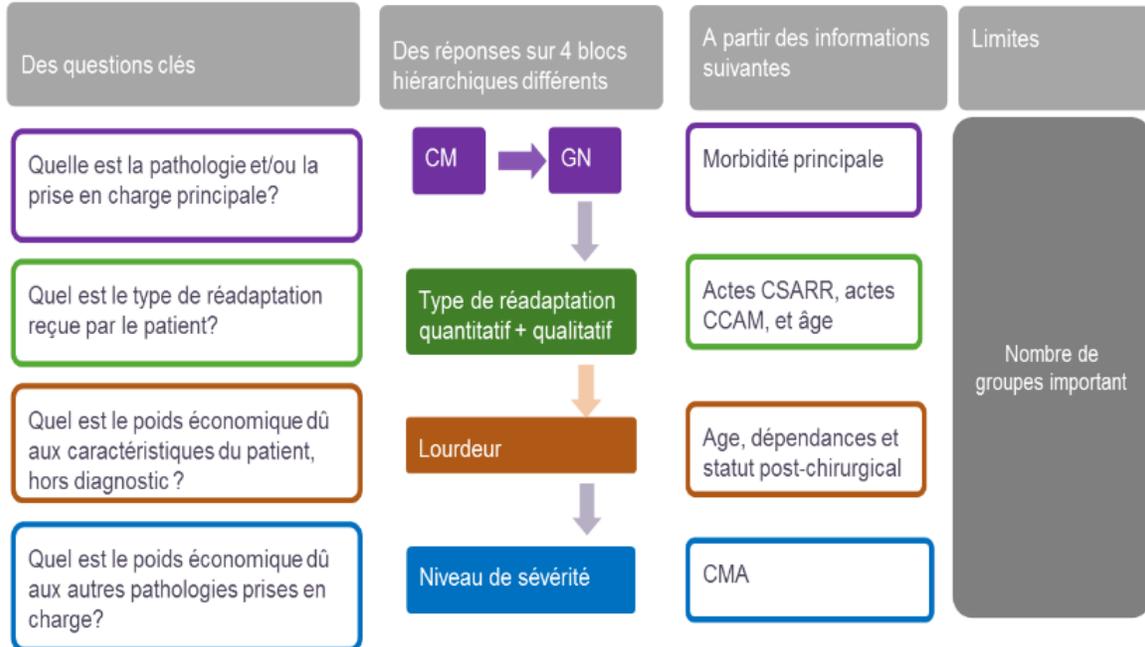
Schéma récapitulatif de l'ensemble des notions mobilisées



- Vision commune de la réforme (travail de terrain auprès des acteurs les + concernés)
- Création de l'urgence : la réforme, c'est demain
- Une équipe de pilotage : pluripro ?

## Annexe n°13 : Schéma de la nouvelle classification PMSI

Au total, la figure ci-dessous résume la structure générale de la classification v2021, les questions posées, les niveaux hiérarchiques, les informations recueillies mobilisées.



**Figure 4 : Structure générale de la classification v2022**

Les quatre niveaux hiérarchiques conduisent à un nombre de groupe important. Toutefois cette limite est compensée par des possibilités de regroupements facilitées par la structure même de la classification.

## Annexe n°14 : Niveau hiérarchique de la nouvelle classification PMSI

**Tableau 1: Les informations mobilisées pour chaque niveau hiérarchique**

Variable du recueil	Information mobilisée	Niveaux hiérarchiques de la classification				
		CM	GN	Type de réadaptation	Niveau de lourdeur	Niveau de sévérité
Morbidity principale	FPP	✓	✓			✓
	MMP	✓	✓			✓
	AE	✓	✓			
DAS	DAS		✓			✓
Acte CSARR	Code de l'acte CSARR			✓		
	Pondération de l'acte			✓		
Acte CCAM	Code de l'acte CCAM			✓		✓
	Pondération de l'acte			✓		
Dépendance	Score de dépendance physique				✓	
	Score de dépendance cognitive				✓	
Date de l'intervention chirurgicale	Statut post chirurgical				✓	
Date de naissance	Age			✓	✓	