

# DOSSIERS solidarité et *santé*

## Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé

### Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements

N° 16  
2010



Cette étude qualitative réalisée par Essor consultants et le Centre de gestion scientifique de l'école des mines de Paris pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) a pour objectif d'examiner les effets qualitatifs de l'introduction de la tarification à l'activité sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : prise en charge et parcours du patient, évolution du système de gestion, organisation interne des services, des pôles et de l'établissement, gestion des ressources humaines, stratégie de l'établissement. La démarche s'est fondée sur des entretiens approfondis menés auprès de huit établissements et sur trois réunions plénières réunissant l'ensemble des participants pour échanger sur les diverses expériences. Ce travail a été complété par l'étude d'un thème propre à chaque établissement. Au total les travaux se sont déroulés sur 18 mois entre 2008 et 2009.

Cette étude a permis de mettre en lumière un impact fort de la T2A sur l'innovation instrumentale de gestion, soulignant une recherche d'efficacité accrue, qui ne s'est toutefois pas accompagné de changements organisationnels de grande ampleur.

Michel PEPIN et Jean-Claude MOISDON ont rédigé cet article à partir d'une synthèse élaborée par l'ensemble des intervenants\* pour le Comité d'évaluation de la T2A

\* CHU : Jean-Claude MOISDON et Michel NAKHLA (CGS École des Mines) ; CH 1 : Michel PEPIN (ESSOR Consultants) ; CH 2 : Michel PEPIN ; CH 3 : Jean-Claude MOISDON ; PSPH : Jean-Claude MOISDON et Michel NAKHLA ; CLCC : Bernard DOERFLINGER (ESSOR Consultants) ; Clinique 1 : Dominique TONNEAU (CGS École des Mines) ; Clinique 2 : Jean-Claude MOISDON

**D**ans le cadre des travaux programmés par le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité il est apparu nécessaire d'examiner les effets qualitatifs de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé.

Des travaux conduits à l'étranger montrent que ces effets ne sont pas mécaniques et peuvent être freinés par différents facteurs. Il a donc semblé important de prendre la mesure de la réalité des effets d'ordre organisationnel et d'en approfondir les caractéristiques en observant directement la pratique des établissements.

L'objectif majeur de cette enquête a donc été d'analyser sur le terrain si l'introduction d'une nouvelle logique d'analyse et de valorisation de l'activité a pu effectivement « inciter les établissements à modifier leur organisation de production, leurs techniques de management et leurs stratégies de développement »<sup>1</sup>. Cette étude s'est déroulée de décembre 2007 à mars 2009 dans huit établissements.

## Approche méthodologique

L'étendue du champ d'analyse et les modalités de recueil d'information ont soulevé des difficultés d'ordre méthodologique.

La T2A n'est que l'une des évolutions qui ont affecté récemment les établissements. En effet, dans le secteur public en particulier, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, la création des pôles et le passage à l'EPRD (État des prévisions de recettes et dépenses) constituent des facteurs importants d'évolution des modes de fonctionnement interne.

Isoler les effets de la T2A de ceux engendrés par les autres facteurs s'est avéré complexe, voire impossible. D'un autre côté, il fallait éviter le risque d'attribuer à la T2A la responsabilité de tous les changements constatés.

Afin d'éviter ces deux écueils, l'étude a porté sur un petit nombre d'établissements pour permettre d'analyser de façon approfondie, sur une certaine durée, les mécanismes de changement à l'œuvre et mieux comprendre ainsi le rôle précis joué par la T2A. Un cadrage rigou-

reux de la méthode d'investigation, tant dans le choix des thèmes analysés que dans le déroulement des travaux a dû être établi.

La logique de la T2A est fondée sur la médicalisation de l'information sur l'activité (encadré). Déjà présente avec le PMSI, celle-ci trouve un prolongement fondamental dans son utilisation pour la fixation des ressources, et modifie les enjeux des établissements. En conséquence, la compréhension de l'évolution des comportements des médecins est essentielle. Ils sont à l'origine de la constitution de l'information, à travers le codage de leur activité, et peuvent influencer directement sur les durées et coûts de séjour par l'évolution de leurs pratiques. En outre, ils sont concernés au premier chef par la mise en place des pôles (dans le secteur public) et les transformations d'organisation associées.

Cette étude analyse donc, en premier lieu, les répercussions de cette « médicalisation du regard gestionnaire » et du changement des comportements médicaux.

## Une analyse des effets de la T2A à partir de dispositifs concrets

Un double risque devait être évité dans l'étude :

- ne mettre en évidence que des résultats en termes de performance (l'évolution des recettes, la baisse des durées moyennes de séjour, ...), sans renseigner sur les processus qui ont permis d'aboutir à ces résultats,
- ne recueillir qu'un ensemble de discours qualitatifs généraux des acteurs sur la transformation de leurs comportements et leur souci accru de « maîtriser les durées de séjour tout en maintenant la qualité de service », de « coopérer davantage dans le cadre du pôle », de « fiabiliser le système d'information », etc.

L'analyse a donc porté sur des dispositifs concrets : nouveaux outils de gestion et leurs utilisations réelles, changements d'organisation du travail, projets et leurs traces écrites (comptes rendus d'instances, synthèses de groupes de travail, ...), etc.

1. Extrait du cahier des charges de l'appel d'offres de la DREES en 2007.

## ENCADRÉ 1

**Les principes de la tarification à l'activité\***

Chaque séjour d'un patient fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui en décrit les caractéristiques médicales et administratives, en agrégeant les résumés d'unité médicale (RUM) produits par les différentes unités où est passé le patient.

Ce RSS est codé et traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal (regroupement par catégorie majeure de diagnostic CMD), l'existence d'actes opératoires et si besoin d'autres informations (âge, diagnostics associés, ...).

Ce traitement permet d'affecter le séjour à un groupe homogène de malade (GHM).

Depuis la version 11 de la classification (2009) qui a introduit un critère de sévérité en 4 niveaux au sein d'un même type de séjour, on compte près de 2 300 GHM répartis en 28 CMD. La version précédente, en vigueur au moment de cette étude, en comptait moins de 800.

Pour la tarification, on opère un passage de la notion de GHM à celle de GHS (groupe homogène de séjour), pour tenir compte des particularités de certains séjours (bornes hautes et basses des durées de séjour, passage en unité spécialisée).

Chaque GHS produit par un établissement fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le Ministère de la Santé, dans le cadre général de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Il existe deux tarifs T2A, selon le mode de tarification initial : dotation globale (DG) pour les établissements publics et PSPH, et dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN) pour les établissements privés.

Des recettes complémentaires s'ajoutent à ce financement des GHS : il s'agit des consultations et actes externes, des recettes dites de classe 2 (reste à charge pour les patients), de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, de forfaits correspondant à des activités particulières (notamment les urgences qui bénéficiaient jusqu'en 2008 d'un forfait par passage), et des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

\* Pour toute précision, on pourra se reporter au site de l'ATIH : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

Par ailleurs, comme on le verra, la seconde phase de l'étude a été consacrée, dans chaque établissement, à l'analyse d'un projet de changement précis, en participant concrètement aux réflexions en cours des différents acteurs, dans une logique de recherche-intervention.

L'analyse a été structurée en partant du local (le service ou le pôle) pour remonter progressivement au niveau de l'établissement. La question d'une stratégie globale de changement organisationnel a pu ainsi être explorée à partir de données issues des pratiques de terrain.

Au-delà de ces principes généraux, l'élaboration d'une grille commune d'analyse thématique, a permis de structurer les états des lieux réalisés dans la première phase de l'étude.

La grille (tableau 1) formalise cette vision a priori de la structure des effets probables de la T2A.

On voit que cette grille correspond bien aux principes généraux évoqués plus haut de progression de l'analyse du local vers le global. Soulignons en particulier que le premier thème, l'analyse de la prise en charge et du parcours des patients, vise à analyser si la T2A a effectivement induit de nouvelles façons de s'interroger sur les processus de prise en charge et sur les différentes étapes des par-

cours des patients, le but étant d'en optimiser l'efficacité et la qualité. Il s'agit en d'autres termes d'entrer dans le cœur de l'activité médicale et soignante pour savoir s'il a été a minima questionné, ou plus largement modifié par la T2A.

Huit établissements ont été suivis pendant une période de quinze mois scindée en deux phases.

Ces investigations ont été complétées par deux dispositifs : une analyse bibliographique préalable à l'étude [Moisdon, Nakhla, 2010], et une comparaison des constatations empiriques obtenues sur l'échantillon avec celles d'un chantier de la MEAH (Mission d'expertise et d'audit hospitalier) portant sur le fonctionnement des pôles, dans le cadre de la réforme de la gouvernance.

La constitution de l'échantillon s'est faite exclusivement à partir d'établissements volontaires, prêts à s'engager et à consacrer les moyens en temps nécessaires. L'identification des établissements a été réalisée par la DREES, en s'appuyant notamment sur le rôle de relais des Fédérations (FHF, FEHAP et FHP). Une convention de partenariat entre la DREES et chaque établissement a été signée formalisant les engagements réciproques (tableau 2).

TABLEAU 1

**Grille d'analyse thématique des effets internes de la T2A**

Thèmes	Sous-thèmes
L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients	Outils d'analyse des parcours et séjours
	Dispositifs de coopération entre acteurs
	Leviers d'action mobilisés
	Nouvelles formes de prise en charge
L'évolution du système de gestion	Organisation du codage
	Processus de facturation
	Fonction contrôle de gestion
	Outils de gestion du service ou pôle
L'organisation interne des services et pôles	Évolution de l'activité et de l'organisation du travail
	Management
	Recherche d'efficience
L'organisation interne de l'établissement	Répartition des effectifs et des ressources
	Organisation d'ensemble
	Système de décision
La gestion des ressources humaines	Recrutement
	Formation permanente
	Évaluation et intéressement aux résultats
La stratégie de l'établissement	Partenariats
	Externalisation d'activités
	Restructuration de l'offre

TABLEAU 2

**Caractéristiques de l'échantillon**

Statut établissement	Lits MCO
CHU	1 235
CH 1	210
CH 2	300
CH 3	510
PSPH 1	700
PSPH 2 Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC)	280
Privé lucratif - Clinique 1	205
Privé lucratif - Clinique 2	180

L'échantillon a été choisi de manière à équilibrer en nombre les établissements des secteurs public et privé. Les établissements sont situés dans six régions différentes.

## Une investigation dans les établissements en deux phases

La **première phase** d'état des lieux a consisté en une série d'entretiens avec des acteurs de différentes catégories et fonctions (directions, gestionnaires, DIM, médecins, cadres de services, ...). Un recueil de différentes sources écrites relatives à la mise en œuvre de la T2A et à ses premiers effets a été effectué. Enfin, une première synthèse élaborée à partir de la grille d'analyse a été proposée à l'établissement comme base de travail pour aborder la seconde phase.

Une rencontre inter établissements permet de discuter une première lecture transversale des états des lieux proposés par les synthèses d'établissement et d'examiner les thèmes de travail à choisir pour la deuxième phase, dans le souci de concilier deux objectifs. Tout d'abord travailler sur un thème mobilisateur pour l'établissement, de façon à pouvoir recueillir le maximum d'informations dans le cadre d'un projet réel porté par les acteurs internes ; ensuite diversifier suffisamment la nature des thèmes travaillés dans l'échantillon, de façon à couvrir un éventail suffisamment large de problématiques liées à la T2A.

Deux des établissements (le CH 1 et le CLCC) décidèrent à ce moment de ne pas poursuivre l'étude, pour des raisons internes liées entre autres à l'existence en parallèle d'autres projets assez lourds, et à la difficulté de dégager le temps nécessaire. Leurs états des lieux sont néanmoins utilisés dans cette synthèse générale.

La **deuxième phase** consistait à approfondir une thématique précise dans chaque établissement (tableau 3). Mais dans certains cas, l'étude permit aussi de repérer des évolutions importantes sur d'autres sujets, qui pouvaient alimenter la réflexion. À titre d'exemple, dans plusieurs établissements les intervenants ont pu être témoins des questions que se posaient les acteurs (notamment les DIM) à propos de l'arrivée de la version 11 de la classification

des GHM. Dans le CH2, les intervenants ont inclus dans l'analyse l'évolution de la méthode d'élaboration de l'EPRD, ce qui ne figurait pas initialement dans le thème retenu.

D'autres rencontres inter-établissements furent organisées afin de présenter et discuter les travaux réalisés et d'en tirer des enseignements transversaux. Les débats ont permis à chaque établissement de connaître les autres approches, et d'apporter son éclairage particulier. Ces échanges ont mis en perspective les démarches de chaque établissement et enrichi leur analyse dans une problématique élargie.

Une synthèse de l'étude a été présentée au Comité d'évaluation de la T2A, qui a estimé que les conclusions proposées corroboraient la perception de ses membres sur la situation générale des établissements.

**Résultats** : des changements ont été observés dans chacun des huit sites de l'étude qui avaient utilisé la grille de lecture (tableau 3), mais avec des poids très variables selon les thèmes de la grille. Les voies d'évolution les plus fréquemment utilisées ont ainsi été repérées.

L'accent a été mis sur ce qui est observable, et ressort pour l'essentiel de deux objets : les outils, c'est-à-dire les diverses formalisations de l'activité et de la performance permises par la T2A ; puis les dispositifs, c'est-à-dire les méthodes et procédures (réunions, documents d'information, groupes projet etc.) par lesquelles les acteurs se coordonnent, négocient, décident, etc.

## L'analyse de la prise en charge et du parcours des patients

Les outils et dispositifs permettant d'analyser et d'organiser la prise en charge des patients, un à un, ont été peu modifiés par l'arrivée de la T2A, contrairement à ce que pouvait laisser penser le recours au concept de séjour, qui est au cœur de ce nouveau mode de financement. Les questions d'organisation concrète du parcours du patient dans ses différentes étapes, et celles de la coordination des itinéraires des différents patients ne paraissent pas avoir fait l'objet, en général, d'approches nouvelles du fait de la T2A.

TABLEAU 3

## Les thèmes de travail en phase 2

	Thème	Méthode
CHU	Développement de l'instrumentation de gestion pour le plateau technique : étude du pôle Imagerie	Groupe de travail Contrôle de gestion / Pôle
CH 2	Conception d'un système de pilotage médico-économique intégré et modes d'utilisation au niveau d'un Pôle	Groupe de travail DAF / DIM Expérimentation sur le Pôle Chirurgie (non réalisé)
CH 3	Contractualisation et audit interne : analyse des procédures et de l'instrumentation des contrats de Pôle	Étude des Pôles Médecine et Urgences/Réa : entretiens avec les acteurs évaluation des objectifs des contrats de Pôle
PSPH 1	Recherche de modalités de rémunération des médecins incitatives à la performance	Groupe de travail Finances / RH / Développement Élaboration et comparaison de scénarios
Clinique 1	Analyse des effets ou des freins organisationnels issus de l'instabilité des règles tarifaires	Reconstitution des effets des changements de règles Entretiens avec des acteurs (Direction et DIM) sur les effets possibles de la V11
Clinique 2	Effets des calculs de coûts sur l'orientation de l'activité (exemple du by-pass gastrique)	Estimation des coûts complets des séjours à partir des données de la clinique et analyse de leur rentabilité en fonction de leur durée Discussion des résultats avec la responsable de la gestion

Les outils spécifiques restent assez peu formalisés et, sur le petit ensemble d'établissements observés, aucun outil n'a été développé autour des trajectoires de patients, tenant compte de l'organisation dans son ensemble, c'est-à-dire de la succession des entités intervenant successivement ou conjointement dans la prise en charge des malades.

Cependant, les services ou pôles disposent des durées moyennes de séjour (DMS) observées, ce qui leur donne un résumé très synthétique des trajectoires. Ces données s'accompagnent souvent d'analyses relativement fines, soit pour les GHM principaux, soit pour certaines catégories de séjour (par CMD, par unité fonctionnelle, par tranche d'âge...) : distributions statistiques, comparaisons aux références nationales, ...

Des travaux plus spécifiques sur les DMS peuvent être lancés, souvent à l'initiative des DIM, sur des activités problématiques : par exemple, au CH2, le DIM s'est livré à l'analyse des séjours longs en chirurgie vasculaire ; de même, au CLCC, la direction a présenté en CME des cas types de prises en charge en relation avec les tarifs T2A correspondants (différences par exemple entre biopsie simple et biopsie exérèse).

Il est très difficile d'avoir un aperçu sur les changements de pratique médicale liés à ces analyses ciblées, relativement peu fréquentes. De nombreux acteurs estiment qu'il s'agit là

d'un apport essentiel de la T2A, mais que le temps leur manque pour entrer dans des analyses nécessairement fines et approfondies.

Lorsque des réflexions existent sur les prises en charge, par exemple autour des DMS, les dispositifs supports de ces réflexions restent peu formalisés ; il s'agit la plupart du temps de réunions ad hoc ou même d'échanges informels. À noter toutefois, comme on l'a vu pour le CLCC, l'intégration fréquente de ces réflexions dans les dispositifs existants, tels les bureaux de pôle, le conseil exécutif, la CME, etc.

De même, un des effets de la T2A, pour la clinique 2, est d'avoir amplifié les points de contact entre la direction (de la clinique et du groupe) et le corps médical. Les réunions entre ces deux acteurs étaient relativement rares, les médecins ayant dans ce type de structure une indépendance encore plus importante que les médecins des établissements publics (ils voient essentiellement la clinique comme un plateau technique qu'ils louent - par la redevance - afin d'exercer leur activité libérale). Dans ces réunions qui ont lieu le soir, à un rythme approximativement mensuel, différents sujets sont abordés, dont celui des DMS et de la prise en charge.

Comme les analyses globales de la trajectoire des patients sont embryonnaires, les acteurs se concentrent sur des actions qui se confondent avec un sujet abordé plus loin, en l'occurrence

l'organisation du travail et des processus de soins. Les mises en œuvre concernent essentiellement le mécanisme de sortie du malade. Dans un pôle du CHU et un autre du CH3, on essaye de faire sortir les patients le plus possible en matinée. Dans ce dernier pôle et également au CLCC, des contacts sont établis avec les structures aval (notamment par des IDE référentes) pour mieux organiser la prise en charge post-aiguë. De même, toujours au CLCC, fait-on intervenir les assistantes sociales très tôt dans la prise en charge.

Les observations précédentes ne signifient pas qu'il n'y ait aucune évolution de la prise en charge des malades. On voit au contraire se poursuivre les efforts en matière d'alternative à l'hospitalisation complète : le CH2 a transféré une partie importante de son activité ophtalmologique en ambulatoire et a créé un hôpital de semaine en chirurgie ; le pôle médecine du CH3 a mis sur pied un hôpital de semaine ; le CLCC a augmenté de 90 % son activité d'hospitalisation à domicile (HAD) entre 2003 et 2007. Mais il est très difficile d'imputer à la T2A de telles évolutions déjà en cours avant 2004, même si par exemple au CH2 le transfert d'activité s'est accompagné d'une étude médico-économique faisant intervenir les recettes T2A.

La complexité du dispositif tarifaire, avec ses chapitres spéciaux consacrés à ce type d'activité, la complexité également des changements organisationnels connexes, font que, comme les animateurs des chantiers MEAH l'ont noté pour la chirurgie ambulatoire, les projets en la matière sont beaucoup plus « personnalité-dépendants » que suscités par l'incitatif économique. Ils reposent sur l'intime conviction de certains acteurs que ce type de prise en charge est mise en œuvre dans l'intérêt du malade et de la collectivité. D'ailleurs, beaucoup d'acteurs, dans les établissements ayant développé ces alternatives à l'hospitalisation, restent perplexes devant le peu d'effet apparent que ces évolutions ont sur les recettes.

## L'évolution du système de gestion

Trois sujets concernant les professionnels gestionnaires au sein d'un établissement de santé

apparaissent affectés par la T2A : la chaîne d'activités qui aboutit à la facturation, en passant par le codage, l'organisation du contrôle de gestion lui-même, et les outils de gestion des entités de production des soins, pôles ou services.

Manifestement, le codage des séjours et des actes représente un point important, abordé par tous les établissements participants à cette étude. Les principes d'organisation du codage (centralisation ou décentralisation) ont peu changé dans l'ensemble, les établissements publics conservant un codage décentralisé (avec quelques nuances), le CLCC passant d'un codage centralisé à un codage décentralisé, les cliniques privées (ex OQN) gardant un codage centralisé, mais dont l'organisation a pu changer dans certains cas.

Le codage a ainsi été externalisé par la clinique 1. Dans la clinique 2, les codeurs, se situant avant la T2A au niveau du groupe auquel l'établissement appartient, ont été décentralisés dans les différentes cliniques pour améliorer la qualité du codage et permettre une meilleure coordination avec le processus de facturation. Mais ce qui apparaît le plus significatif sur ce thème est la mise en place quasi-générale de procédures visant à l'exhaustivité des RUM dans des délais courts et avec une bonne qualité. Ces procédures ne sont pas toujours très formalisées : il peut s'agir de simples messages sur Intranet fournissant à chacun sa position vis-à-vis de l'exhaustivité ; on a aussi affaire à de nombreuses et vibrantes exhortations, éventuellement du président de CME en Conseil exécutif. L'objectif essentiel est de convaincre le corps médical de l'absolue nécessité, pour l'établissement, de coder vite et bien. D'autres dispositifs paraissent davantage contraignants : ainsi pour la clinique 2 les médecins ne reçoivent les honoraires liés à leurs actes que s'ils ont transmis les informations utiles au codage (libellés diagnostics et actes).

Au total, sur les huit établissements contribuant à l'étude, ces campagnes de sensibilisation ont porté leurs fruits, car tous sont très proches de l'exhaustivité à 100 %<sup>2</sup>.

Une grande majorité des établissements a travaillé sur le processus de facturation : sept d'entre eux ont revu le processus administratif

2. Lors des derniers contacts des intervenants avec les établissements, certains interlocuteurs ont signalé que le taux d'exhaustivité avait diminué avec l'arrivée de la V11.

qui va de l'entrée du malade jusqu'à sa sortie (le huitième a le projet de le faire). Lorsque cette étude a commencé, la perspective d'une facturation au fil de l'eau était très présente, alors que depuis elle a été repoussée dans le temps.

La difficulté liée à ce processus est de synchroniser deux sous-processus auparavant relativement disjoints : celui concernant le dossier médical d'un côté, et celui concernant le dossier administratif de l'autre.

Les processus ont été ainsi réformés et le pilotage de la chaîne de facturation a été resserré : par exemple, au CH1 et au CH3, ont été élaborés des outils de suivi de l'exhaustivité et des délais de facturation ; au CH3 a été mise en place une cellule de gestion de l'information, destinée à traiter les problèmes liés à la facturation, notamment les rejets des CPAM ; la clinique 1 a créé un service de gestion des dossiers médicaux, destiné à contrôler la qualité des informations transmises pour le codage ; à la clinique 2, on assiste à une organisation du même type, avec par ailleurs la création d'un cadre chargé de superviser l'ensemble de la chaîne. Dans ces deux cliniques et aussi dans le PSPH et le CLCC, la dématérialisation du dossier patient a été accélérée.

L'efficacité de la chaîne de facturation peut conduire à une réorganisation totale de la fonction accueil et admissions : ainsi au CHU, un pôle intitulé « pôle clientèle » cumule les fonctions d'accueil, de gestion du dossier du patient et de facturation. Le personnel est composé de « chargés de clientèle », chacun d'entre eux devant suivre un groupe de patients d'un bout à l'autre de la chaîne. Le CH1 a adopté une organisation analogue, choisissant la dénomination « service clientèle », les gestionnaires de dossiers se partageant ces derniers sur la base de grands secteurs (SAU, gynéco-obstétrique, reste du MCO). Le CH2 a déconcentré le bureau des admissions au niveau des pôles. Concernant le CLCC, le bureau des entrées appartient à la direction financière, comme le contrôle de gestion et la gestion des comptes.

Les organisations qui se mettent en place sont assez variées et se ressemblent toutes par un souci commun : la coordination des circuits d'information, l'équilibre rapidité/qualité (une

absence de qualité peut se traduire par des pertes sèches de trésorerie en cas de rejets de l'Assurance maladie), et par des réorganisations relativement ambitieuses. C'est ici que les évolutions organisationnelles des établissements analysés sont les plus approfondies.

## L'évolution de la fonction Contrôle de gestion

D'une façon générale, la fonction Contrôle de gestion s'est renforcée, mais surtout dans les établissements anciennement en dotation globale (ex-DG). Le CHU a recruté des contrôleurs et assistants de gestion de pôle, les premiers venant renforcer le pôle « finances et contractualisation », les seconds venant épauler dans les pôles le responsable administratif. Le CH1 a créé une cellule d'analyse médico-économique (DIM, responsable patientèle, contrôle de gestion). Les CH2 et CH3 ont ouvert un poste de contrôleur de gestion. Le CLCC et le PSPH ont mis sur pied des missions de développement interne et externe. Ce mouvement est plus discret pour les cliniques, pour des raisons qui seront développées par la suite.

C'est surtout l'animation autour du contrôle de gestion qui a changé de statut et de rythme. Au CHU, par exemple, les résultats économiques des pôles sont publiés sur l'intranet et tous les pôles peuvent y avoir accès. Les questions et demandes d'explication parvenant au pôle finances ne manquent pas. Au CH2, une note de conjoncture mensuelle synthétise les principales évolutions économiques de l'établissement, et est exposée devant le conseil exécutif. Au CH3, le contrôleur de gestion présente annuellement les résultats économiques des pôles dans les bureaux de pôle respectifs. De même, le CLCC organise des réunions budgétaires régulières dans les départements, avec une participation étendue du personnel médical, celle du DIM, du contrôle de gestion.

Il est très difficile de mesurer l'ampleur de ces mouvements, cependant le phénomène d'acculturation à la dimension économique s'est nettement accéléré avec la T2A. Certes, il existe encore des professionnels réfractaires (ce qui ne signifie pas d'ailleurs qu'ils le soient à l'économique en général, mais seule-



ment à la traduction particulière de l'économique par la T2A), mais nombre de médecins estiment maintenant utile et intéressant de participer à cette animation autour de la gestion. Ils expriment souvent de la curiosité, et parfois de l'agacement vis-à-vis de confrères qu'ils jugent peu productifs ou inconsidérément dépensiers, ce qui n'est évidemment pas neutre pour la régulation d'ensemble de l'établissement. Par ailleurs, les principes de la T2A, rapprochant le financement d'un paiement à l'acte, comme dans le secteur libéral, leur paraissent simples et adaptés à leur profession, ce qui ne veut pas dire qu'ils s'approprient tous les outils correspondants, comme on va le voir.

Après le travail sur la chaîne de facturation, le développement des outils de gestion visant au pilotage des entités en charge de l'activité de base (pôles, services, départements, services médico-techniques, etc.) constitue certainement le point commun de nombreux établissements. La T2A, de par sa constitution, permet une innovation instrumentale importante à partir de la comptabilité analytique et plus précisément des CREA (compte de résultat analytique) et TCCM (tableau coûts case mix).

Le premier outil (CREA) n'est ni plus ni moins qu'une déclinaison en interne des comptes de résultats pour les établissements (sans être pour autant un EPRD) : pour un pôle par exemple, on calcule ses recettes (avec un certain nombre de conventions pour les séjours multi-pôles) et ses dépenses directes et indirectes (pour ces dernières, elles proviennent à la fois du plateau technique, ventilées à partir d'unités d'œuvre associées aux actes, ICR ou B, et de la logistique, ventilées soit forfaitairement soit également par des unités d'œuvre). On peut ainsi dégager un résultat économique pour ce pôle, ce qui était impossible dans le cadre d'un budget global.

Le second instrument, le TCCM, permet de positionner les dépenses d'une entité par rapport à une entité fictive qui aurait la même structure d'activité (case-mix) et qui serait munie des coûts unitaires provenant de l'ENCC (étude nationale de coûts à méthodologie commune). Le CREA permet de statuer sur le caractère bénéficiaire ou déficitaire d'une entité interne, le TCCM d'entrer dans l'exploration des causes du résultat trouvé par

le CREA (le déficit constaté est-il dû aux dépenses de personnel médical ? paramédical ? aux prescriptions ? etc.)

Comme beaucoup d'autres établissements, ceux qui ont participé à cette étude se sont majoritairement lancés dans le développement de ces outils. Ainsi le CHU, comme on l'a signalé plus haut, a-t-il élaboré les CREA pour les pôles, et les a publiés sur l'intranet. Le thème plus particulier qu'il a choisi pour la seconde phase de l'étude est l'élaboration de comptes de résultats pour le plateau technique (un service d'imagerie ou un laboratoire ne peut se voir calculer des recettes, contrairement aux pôles cliniques, sauf pour leur activité externe) ; il s'est inspiré pour ce faire de la doctrine dite CREO (compte de résultats par objectifs)<sup>3</sup>, où l'activité est valorisée avec un tarif choisi par consensus, qu'il s'agisse d'un prix de cession interne entre les services cliniques et le plateau technique ou encore le tarif CCAM de ville (problématique de l'externalisation).

Le CH3 lui aussi a beaucoup développé ces outils, sans aller jusqu'à la transparence totale des résultats, comme le CHU (accent mis plutôt sur les relations bilatérales entre direction et pôles, notamment dans le cadre de la contractualisation). Le PSPH diffuse largement des comptes de résultats par service. Pour les ex-DG, là où la comptabilité analytique n'existe pas encore, ou se trouve en un état embryonnaire, la mise en place de ces produits est prévue à court terme.

Cette innovation gestionnaire peut conduire à des projets relativement ambitieux, comme par exemple au CH2, où la phase II de cette étude a consisté à élaborer un schéma intégré de pilotage des pôles, en déclinant plusieurs niveaux de pilotage (stratégique, analyse, expertise), avec une spécification de la nature des outils cohérente avec chacun de ces niveaux (par exemple l'attractivité au niveau stratégique, l'activité au niveau analyse, des études ad hoc au niveau expertise<sup>4</sup>), et des modalités de livraison et d'examen (notamment la périodicité) de ces mêmes données, toujours en fonction des niveaux considérés. La réflexion du groupe de travail (groupe d'analyse prospective) a consisté à concevoir l'architecture générale du système mais, sur la durée de cette étude, n'a pu aller jusqu'au test

3. Développée par le groupe de travail de l'EHESP qui a élaboré pour le compte de la MEAH un manuel sur la comptabilité analytique.

4. À propos des outils il est intéressant de noter que le CH2 n'a pas préconisé, comme beaucoup le font, la mise en place de CREA et TCCM pour les pôles. Du point de vue économique, deux indicateurs ont finalement été proposés au niveau « analyse » : le ratio dépenses directes du pôle sur recettes T2A et le ratio recettes T2A réalisées sur recettes T2A prévues. Comme on le voit, de multiples sous-produits peuvent être générés par le nouveau modèle de financement.

prévu sur un pôle chirurgical, ce qui renvoie aux difficultés de ce type de démarche quand on veut vraiment les concrétiser. À noter également une autre innovation du CH2 : l'élaboration de l'EPRD à partir des analyses prévisionnelles des pôles, démarche qui s'est amorcée en 2009.

De même, la pratique de la simulation médico-économique effectuée, en général par le contrôle de gestion, pour toute nouvelle activité envisagée, a tendance à se généraliser (CHU, CH3, PSPH, CLCC). La clinique 1 a également choisi ce thème pour la seconde phase de l'étude (sur une activité existante), en élaborant, avec l'aide des chercheurs, un modèle permettant de calculer les marges sur l'activité de by-pass gastrique.

### Des outils difficiles à s'approprier

Là où les outils de la comptabilité analytique se développent, les outils plus classiques ne disparaissent pas pour autant. Nombre de journées, d'admissions, taux d'occupation, durées de séjour, indicateurs de qualité (comme les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation), effectifs, dépenses de consommables etc. forment l'ossature de tableaux de bord dont on scrute les résultats dans les réunions de bureau de pôle, davantage en tout cas que l'on ne se saisit des résultats du CREA. D'une façon générale l'appropriation de ces nouveaux outils par les professionnels apparaît difficile et lente ; même si les opérations élémentaires de la comptabilité analytique sont simples dans leur esprit (il s'agit pour l'essentiel de règles de trois), leur nombre est important, de nombreuses chausse-trappes existent, les raisonnements peuvent être subtils (par exemple pour le CREA d'un service d'accueil des urgences) et les professionnels ne sont en rien formés initialement à de tels exercices.

Par ailleurs, le système de règles de la T2A évolue continûment et il est difficile de discuter d'estimations qui risquent d'être bouleversées d'un exercice à l'autre. Par exemple la réflexion de la clinique 1 engagée en phase II de l'étude a été « mise en veilleuse » dans l'attente de la version V11 du PMSI, qui risquait de bouleverser des résultats relativement sensibles aux paramètres du financement.

Le fait que le résultat d'un CREA n'est valable que dans une plage de variabilité liée au caractère conventionnel des règles de la comptabilité analytique et à l'instabilité du mode de financement, choque manifestement l'esprit scientifique des professionnels, tel qu'il a été constitué lors de leurs longues études. L'apprentissage devrait mettre l'accent autant sur les modes d'usage d'outils de fiabilité relative que sur les aspects techniques de ces outils.

Mais plus fondamentalement encore, c'est la potentialité de ces outils à instruire les acteurs sur les voies de progrès éventuels qui est en cause. La constatation du résultat négatif d'un CREA ne fournit pas d'indication sur les causes de ce déficit. Le TCCM n'est qu'un signal, permettant tout juste de repérer les grandes classes de dépenses contribuant au résultat. En fait CREA et TCCM sont fondés sur une nomenclature de produits, qui certes a considérablement enrichi l'instrumentation existante, mais est encore très fruste par rapport à la multitude des trajectoires de malades en cause, si bien que le passage de ces instruments à l'analyse des processus concrets de soins n'est en rien évident, et de toute façon nécessite des explorations supplémentaires, de toute autre nature.

### Le secteur privé lucratif moins volontariste

Dans l'échantillon de cette étude, le privé lucratif est très en retrait par rapport aux établissements ex-DG sur la mise en place des outils de comptabilité analytique associés à la T2A. Les raisons invoquées sont identiques aux précédentes : imprécision, instabilité, faiblesse du diagnostic associé. Au total, ce qui est majoritairement utilisé au niveau du pilotage est constitué par des indicateurs très classiques, dont le principal est du reste le nombre d'entrées. Pour ces établissements, dans une visée très pragmatique, la finesse des données issues de la T2A est trompeuse et il vaut mieux se fonder, pour orienter l'action, sur un objectif général d'augmentation de l'activité. (« réflexe » qui n'est pas propre au privé, ni d'ailleurs au cas français, mais qui semble accompagner partout l'instauration d'une tarification à l'activité). Ce fait est d'autant plus

frappant à la clinique 2 qui appartient à un groupe avec une longue pratique de la comptabilité analytique, et qui du reste participe à l'ENCC. Signalons malgré tout que cette frugalité en matière d'indicateurs n'empêche pas des études de coût approfondies, telles que celle que la clinique 1 a entreprise sur le cas du by pass gastrique, mais il s'agit d'opérations ciblées, ad hoc, et non de mises en place d'un système de pilotage général.

Il est possible également que cette même frugalité soit à relier à des situations économiques satisfaisantes ; une dégradation de ces dernières serait sans doute susceptible de conduire ces établissements à développer davantage ces outils. Enfin la taille de l'établissement joue certainement un rôle ; il n'est pas étonnant que ce soit le CHU qui manifeste le plus d'appétence pour l'instrumentation médico-économique.

## L'organisation du travail dans les services et les pôles

Après avoir suivi les évolutions en matière de prise en charge des patients (peu marquées) et celles en matière d'outillage de gestion (marquées, mais accompagnées d'une appropriation difficile), qu'en est-il maintenant du cœur même de la production, c'est-à-dire de la façon dont les processus de soins se réorganisent dans le contexte de la T2A ?

Plusieurs sujets, très liés entre eux, restent à aborder : l'évolution de la structuration de l'activité et des processus de travail, le management des unités, la recherche d'efficacité.

Ce point a déjà été traité sous l'angle du développement des alternatives à l'hospitalisation, et de la création d'unités dédiées. D'autres évolutions sur l'architecture des services ou des pôles ont été constatées : par exemple, le CH2 a réorganisé sa chirurgie en regroupant ses blocs de chirurgie générale et de gynécologie. Au CH3, le pôle médecine a créé un service de gériatrie aiguë. Il est difficile d'imputer à la T2A ces réorganisations, qui se situent soit dans une perspective générale de rationalisation liée à une pression économique croissante, soit dans le souci d'une réponse

aux besoins du territoire, avec aussi la perspective d'une augmentation corrélative d'activité<sup>5</sup>. En revanche la réorganisation interne de la pédiatrie au PSPH peut être étroitement associée à la T2A, dans la mesure où le CREA élaboré pour ce sous-ensemble a montré un déficit extrêmement important, que tout le monde a anticipé mais qui a soutenu l'argumentation de la direction pour engager une réforme profonde. D'un autre côté, cette opération s'est davantage apparentée à une sorte de plan social local, se traduisant par la suppression de plusieurs UF et le redéploiement d'une cinquantaine de postes paramédicaux. Comme dans les autres actions, il n'y a pas eu véritablement réorganisation du travail des opérateurs de soins, mais adaptation des structures aux processus existants.

C'est sur l'organisation de travail que les évolutions observées au cours de l'étude sont clairement les plus modestes, c'est-à-dire les modes de planification de l'activité, des effectifs, des horaires, les coordinations entre acteurs, en d'autres termes la gestion des flux de patients et des informations, des processus, de l'ordonnancement des tâches. Au CH2 la plage de fonctionnement de l'IRM (GIE public-privé) a été augmentée afin de diminuer les délais de rendez-vous dans un objectif de productivité. Au CHU et au CH3, dans les pôles dirigés par des responsables très investis dans leur nouveau rôle (notamment les cadres de santé), on assiste à des efforts de mutualisation du personnel dans la gestion quotidienne ; quelques actions, déjà évoquées, visent à faire sortir les patients le matin (CH3), manifestement en retrait par rapport aux objectifs, ou encore à nouer des relations avec l'aval (CLCC).

Mais au total, peu de changements notables ont été constatés à ce niveau de l'organisation fine des processus de soins, alors que, pour de nombreux observateurs, c'est là que se situent les gains potentiellement les plus importants en matière d'efficacité et de qualité.

Ces actions sont possibles (ce qui ne veut pas dire qu'elles sont faciles à mettre en œuvre), comme le montre le chantier pilote de la MEAH sur la gestion des pôles, qui a impliqué huit établissements (2 CHU, 5 CH, 1 privé lucratif) entre avril 2007 et décembre 2008. Les animateurs de la MEAH avaient convié

5. Signalons cependant que le développement de la filière gériatrique au CH3 a été validé par une simulation économique.

les établissements à privilégier cet aspect opérationnel de leur activité (la gestion des processus de soins) par rapport au développement des outils médico-économiques, qui constituait en majorité leur projet initial. Les documents issus de ce chantier<sup>6</sup>, font apparaître que les opérations lancées par ces huit établissements mettent l'accent sur cette caractéristique très concrète d'organisation des processus (tableau 4).

Peu de ces actions se retrouvent dans l'échantillon des établissements qui ont participé à cette étude ; mais il est important de souligner que cette coloration forte de l'opérationnel, de la gestion des flux et des processus, était demandée par la MEAH, alors que quasiment tous les établissements avaient initialement le réflexe de développer des outils issus de la comptabilité analytique. Mais les voies de l'efficacité passent également par un travail d'une toute autre nature, se situant à une autre échelle. Le fait que spontanément les établissements ne s'attellent que marginalement à ce travail, mais que, stimulés par un acteur externe, ils le fassent, est tout à fait significatif du manque d'une fonction au niveau de la gestion du système de production complexe que constitue l'établissement de santé.

---

## De nouvelles modalités de management des pôles et services

---

Dans le public, il est très difficile de distinguer sur ce thème les effets de la T2A de ceux de la nouvelle gouvernance. En outre, il est clair que le fonctionnement des pôles, par exemple, est très « acteur-dépendant » et paraît étroitement conditionné par le plus ou moins grand volontarisme des responsables, médecins, cadres, ou administratifs. Par ailleurs, on se trouve ici à la limite de notre méthode, devant prendre pour acquis les descriptions que nos interlocuteurs font eux-mêmes de leur activité.

La nouvelle gouvernance, davantage sans doute que la T2A, a entraîné des infléchissements intéressants dans le pilotage des unités de soins. Au CH3, par exemple, et au pôle médecine, le trio de pôle se réunit toutes les

semaines, le bureau de pôle tous les mois, et un vrai travail de concertation se construit dans ces réunions autour du contrat passé avec la direction et du tableau de bord correspondant. Il est intéressant de noter que les objectifs assignés au pôle concernent aussi bien les aspects de qualité des soins que d'activité ou d'efficacité et que ceux qui sont les mieux respectés sont les premiers, ce qui fait dire au cadre de santé qu'en effet ce n'est pas le mode de financement qui crée le changement. La fixation des indicateurs d'objectifs lui semble à ce titre très utile, comme au responsable médical, pour stimuler et canaliser les efforts. Au CHU, où le fonctionnement des pôles est très hétérogène, certains d'entre eux sont prêts à s'investir dans l'organisation ; par rapport au CH précédent, ils ont l'avantage de pouvoir bénéficier du support offert par des assistants administratifs, la fonction de coordination dévolue au responsable administratif ayant été dissociée de celle de support. Cet apport supplémentaire de potentiel d'analyse de données et de réflexion est envisagé également au CH2.

Les évolutions à ce niveau sont lentes et précautionneuses ; elles peuvent avoir des formes plus diffuses, comme celles, déjà citées, des cliniques privées, consistant à organiser des réunions plus fréquentes entre direction et médecins. Il est clair qu'on a là des infléchissements qui, s'ils ne se traduisent pas spectaculairement dans les faits, sont susceptibles de transformer les représentations des uns et des autres et plus tard, de créer une réelle dynamique de transformation.

En mettant en avant les nouveaux dispositifs organisationnels objectivables, force est de constater que la démultiplication des réunions et plus généralement de ce que l'on appelle le dialogue de gestion n'a eu que des retombées modestes. Il y a là une interrogation : comment mettre en rapport d'un côté une augmentation de la charge de travail collective, liée au nouveau mode de financement et plus généralement aux réformes récentes (démultiplication de réunions, concertations, négociations, d'analyses et calculs, de rédactions de notes et de rapports, etc.), et de l'autre, des résultats observables assez incertains ? D'autant que l'essentiel des résultats réside peut-être justement dans le non observable, dans une lente

6. Notamment Pilotage opérationnel des pôles. L'étape d'après... janvier 2009, à consulter sur le site de la MEAH.

TABLEAU 4

## Actions des huit établissements du chantier MEAH sur les pôles

Consultations externes	<b>définir et mettre en oeuvre le processus cible pour la prise en charge des patients externes</b>
	<i>contact depuis l'extérieur : organiser le bureau central des rendez-vous pour faciliter l'accueil téléphonique</i>
	<i>planifier les consultations par spécialité selon l'activité réellement constatée</i>
	<i>faciliter la prise de rendez-vous par les agents du BCRV : procédure unique pour toutes les spécialités</i>
	<b>suivre</b> : taux de décroché, nombre de consultations, taux d'occupation, ponctualité...
Programmation des admissions	<b>définir et mettre en œuvre le processus cible pour les admissions programmées</b>
	<i>pré admissions : donner de la visibilité sur l'activité</i>
	<i>programmation : lisser la charge, maximiser le remplissage, tenir compte des étapes bloquantes</i>
	<i>admission dans un lit : au meilleur moment de la journée, dans le bon lit</i>
	<i>anticipation de la sortie : évaluation et signalement à l'assistante sociale</i>
	<i>à l'hôpital de jour : horaire des admissions, liens avec la pharmacie...</i>
	<b>suivre</b> : % de DPS (et fiabilité), % pré admissions, lissage, horaires DMS et TO, CM24 de 0 nuit réalisées en HC...
Programmation au bloc opératoire	<b>définir et mettre en œuvre le processus cible pour la programmation</b>
	<i>étude de l'activité</i>
	<i>réallocation des plages opératoires</i>
	<i>test sur une activité volontaire</i>
	<b>suivi</b> : TROS, TVO, Temps de débordement, événements indésirables, Taux de programmation
Organisation des sorties	<b>définir et mettre en œuvre le processus cible pour les sorties</b>
	<i>anticipation : préadmission, programmation, services sociaux, dates prévisionnelles de sorties</i>
	<i>préparation : mise à jour des DPS, préparation des documents de sortie</i>
	<i>réalisation de la sortie : horaire de sortie, documents de sortie et réfection des lits</i>
	<i>autres : modalités de codage de l'activité, de production des CRH, de retour du dossier patient</i>
	<b>définir et mettre en œuvre le sous processus cible organisation d'une sortie complexe</b>
	<i>CRH modèle</i>
	<i>modalités de production (incrémentale tout au long du séjour, transmission aux secrétaires...)</i>
	<i>organisation des secrétaires</i>
	<i>arbitrages fondamentaux (patients sortants VS CRH en retard, délais VS complétude...)</i>
	<i>procédures exceptionnelles (congelés, changement d'internes...)</i>
	<b>définir et mettre en œuvre le sous processus « production du CRH »</b>
	<i>cartographie et annuaire des partenaires d'aval</i>
<i>homogénéisation des formulaires de demande</i>	
<i>anticipation : obtention de l'aval avant admission si possible, renseignement DPS</i>	
<i>déclenchement rapide de recours au SS</i>	
	<b>définir et mettre en œuvre le sous processus cible codage de l'activité</b>
<b>suivre</b> : horaires des sorties, délai d'intervention assistantes sociales, séjours > DMS, journées consommées par des séjours	
DMS+10 jours, délai CRH qualité codage (suivi des diagnostics associés), nb de dossiers dans des lieux de stockage intermédiaires	
planning des personnels non médicaux	<b>définir et mettre en œuvre le processus de réalisation des plannings des personnels</b>
	<i>adapter les ressources à l'activité (DPS, lissage de l'activité)</i>
	<i>faire jouer la solidarité intra pôle et limiter le recours à l'intérim</i>
	<i>développer la polyvalence</i>
	<i>mettre en place une rotation permettant de faire passer tout le personnel en HDS</i>
	<b>suivre</b> : mensualités de remplacement, dépenses d'intérim, écart prévu-réalisé
planning des personnels médicaux	<b>définir et mettre en œuvre le processus de réalisation des plannings des personnels</b>
	<i>identifier les différentes activités des différents praticiens</i>
	<i>quantifier le temps médical disponible, clarifier les règles de gestion</i>
	<i>produire une maquette d'organisation</i>
	<i>définir les modalités de planification et de suivi du temps médical</i>
	<b>suivre</b> : écart prévu-réalisé
circuit du dossier	<b>formaliser et mettre en œuvre le circuit du dossier du patient</b>
	<i>identifier les informations nécessaires à la programmation des séjours</i>
	<i>identifier l'ensemble des lieux de stockage parallèles</i>
	<i>formaliser le circuit du dossier du patient et faire évoluer les fiches de tâches</i>
	<b>suivre</b> : signalements de dossiers recherches, persistance des lieux de stockage alternatif...
projets de recherche	<b>améliorer et partager les processus support de la recherche</b>
	<i>documenter les processus clé (fund raising, recherche documentaire, expertises juridiques, linguistique, statistique...)</i>
	<i>identifier les indicateurs permettant de piloter l'activité recherche</i>
	<i>proposer des projets de recherche communs aux différents services de pôle</i>

maturation des esprits et dans des glissements, imperceptibles à court terme, des représentations et des comportements.

La recherche d'efficience n'est pas une préoccupation récente ; elle est souvent liée à l'existence d'un plan de retour à l'équilibre (CH1) ou plus généralement d'une situation économique fragile. Les dispositifs de concertation dans les pôles ne sont pas sans faciliter les efforts correspondants, qu'il s'agisse de l'harmonisation des achats entre les services, de la mutualisation d'automates, d'externalisation d'activité, de la réaffectation des lits etc.

Comme pour les actions portant sur les processus de travail, qu'elles recoupent d'ailleurs en certains points, les avancées en la matière sont lentes et peu spectaculaires.

Des évolutions significatives peuvent-elles être constatées au niveau de l'équilibre général des ressources, ou entre les différentes composantes de l'organisation, telles qu'on peut les décrire par exemple à travers le schéma de Mintzberg sur la structure générale d'une organisation, et plus largement au niveau des processus de décision (schéma) ?

Quelques opérations lourdes, produisant une rupture dans la structure des effectifs, se justifient par les simulations d'impacts déjà évoquées précédemment : par exemple la restructuration de la pédiatrie au PSPH, la répartition des lits entre réanimation et soins intensifs au CH3, le rachat d'une clinique au PSPH, le calibrage de la reconstruction de la

chirurgie et du pôle mère-enfant au CH2. Cet aspect se recoupe avec le thème de la stratégie abordé à la fin de cette étude.

La T2A en elle-même a peu perturbé l'organisation d'ensemble, qui a évolué d'abord sous l'effet de la nouvelle gouvernance : mise en œuvre des pôles au CHU, aux trois CH (bien qu'à des dates différentes). Au CLCC, l'organisation en départements se substitue à celle des pôles dans le public et elle a précédé la T2A. Néanmoins, les pôles peuvent se développer selon des configurations différentes, marquant l'inscription plus ou moins grande du souci de performance dans l'organisation ; par exemple la création d'un pôle « management général – stratégie – finances – qualité » au CH1.

D'une façon générale cette étude a permis de constater le renforcement du rôle de la direction financière, du contrôle de gestion (attesté par les recrutements déjà évoqués), et aussi du DIM, avec des débats sur le rattachement de celui-ci (administration ou logistique médicale ?)

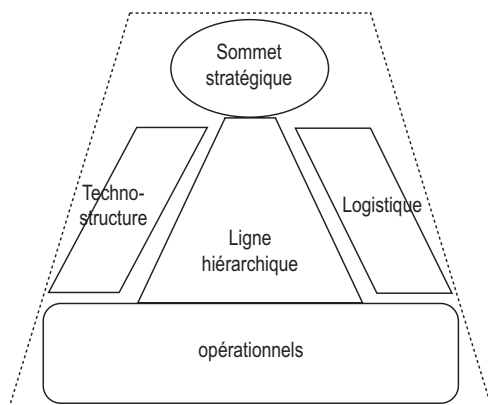
Au total donc, une déformation – légère – est observée au profit de la technostructure, pour reprendre la typologie de Mintzberg.

## Le système de décision : le dialogue de gestion renforcé

Sur ce point on peut souligner, dans les établissements ex-DG, un développement des échanges à tonalité médico-économique, souvent au sein du conseil exécutif ; un décloisonnement ressenti de façon mutuelle ; l'émergence d'un langage commun, d'un équilibrage des pouvoirs (et non, ce qui est souvent avancé pour les effets de la T2A, d'un basculement du pouvoir au profit du management).

Ce renforcement du dialogue de gestion se trouve amplifié par les avancées des logiques de contractualisation, plus spécifiquement dans les établissements publics, se dirigeant vers des dispositifs relativement raffinés, par exemple au CH3 (contrat sur des objectifs économiques – liés aux résultats du CREA – d'activité et de qualité, avec élaboration d'une

SCHÉMA DE MINTZBERG



trentaine d'indicateurs cibles ; intéressement conditionné par un résultat positif au niveau établissement) ou encore au CHU. Cette contractualisation est en projet dans les autres CH. Elle s'accompagne d'une délégation limitée (formation, intérim, petit matériel, ...), et les mécanismes d'intéressement ont manifestement du mal à fonctionner, à cause de la situation financière défavorable des établissements. Des réflexions ont lieu dans ces derniers, pour simplifier les objectifs et les indicateurs associés au contrat, et aussi pour fonder des mécanismes d'intéressement moins virtuel que ceux existant (il s'agit notamment du sujet choisi par le CH3 pour la seconde phase de l'étude). Cependant l'instabilité des règles de financement ne facilite pas l'élaboration de contrats et de formules d'intéressement largement fondés sur les résultats économiques des pôles et des services.

La faiblesse des retombées de ces nouveaux dispositifs et leur fragilité même ne sont pas sans avoir de conséquences sur l'engagement des acteurs. Des responsables professionnels (médecins et cadres de santé), fortement impliqués dans la gestion, expriment une déception et un découragement croissants ; certains vont jusqu'à estimer qu'ils se sont « fait avoir », qu'ils sont les « dindons de la farce », comparant leur situation à celle de leurs confrères ou même à d'autres établissements qui ont suivi la « ligne de plus grande pente » d'une organisation professionnelle historiquement peu préoccupée de performances économiques et gestionnaires.

Toutes ces questions concernent peu les structures privées lucratives, où les relations sont plutôt du type clients-fournisseurs, et n'ont guère été changées par la T2A, avec malgré tout, comme on l'a vu, des points de contact et de concertation plus nombreux autour des problèmes de la circulation de l'information, et éventuellement des perspectives davantage « négociatrices » à l'avenir. Il s'agit par exemple des équipements payés actuellement « en sus » de la T2A, qui pourraient être réintégrés dans les tarifs, avec en conséquence des choix possibles du côté des finances éventuellement discordants par rapport aux préférences des médecins.

---

## La gestion des ressources humaines

---

Le recrutement récent de nouveaux emplois administratifs est à noter : contrôleur de gestion (CH2, CH3), assistants de gestion dans les pôles (CHU), statisticiens, chargés de développement (PSPH). Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le recrutement devient un processus davantage partagé entre les pôles et la DRH.

Dans certains sites, commence à s'appliquer le principe de simulation économique aux recrutements du personnel médical (prévision d'activité, estimation des recettes). Au CHU, il est estimé, compte tenu des coûts induits, qu'un nouveau médecin devrait générer des recettes six à sept fois supérieures à son coût salarial. Au PSPH la procédure est analogue, consignée dans une fiche « criticité ». Au CLCC, compte tenu des surcoûts salariaux par rapport au public, la conclusion conduit à un besoin de productivité médicale supplémentaire de 30 % pour une même activité.

Ailleurs (les CH, les cliniques) les raisonnements sont moins formalisés et font intervenir de façon plus qualitative l'attractivité, la démographie médicale, la concurrence, ...

Dans les établissements publics, la formation fait en général partie de la délégation aux pôles. Elle peut concerner des sujets très divers, parfois connectés au nouveau mode de financement. Ce dernier apparaît également d'une part dans quelques formations légères des professionnels au PMSI et à la T2A (CLCC), dans les formations des techniciens d'information médicale (TIM) dans les cliniques privées 1 et 2, et aussi dans la fonction d'apprentissage qu'exerce auprès des professionnels le personnel spécialisé dans la gestion (contrôleurs, assistants de gestion etc.).

L'intéressement aux résultats, lorsqu'il existe, se situe au niveau collectif : aussi bien dans le CHU que dans deux CH (CH2 et CH3), un accord d'intéressement par pôle est présent ou prévu dans les contrats. Cet intéressement, se traduisant pour l'essentiel par des équipements supplémentaires, est inopérant jusqu'ici, comme on l'a signalé plus haut. Le principal ensei-

nement de la seconde phase de l'étude pour le CH3, qui portait, rappelons-le, sur la contractualisation, a été justement de remettre en cause l'assujettissement de l'intéressement des pôles au résultat global de l'établissement. Le CH3 s'oriente vers une formule où une réserve comptable serait créée et où l'intéressement principal d'un pôle (corrigé ensuite par des indicateurs d'objectifs propres au pôle) ferait intervenir à la fois le résultat comptable de ce pôle et sa variation d'une année sur l'autre.

Un intéressement global (au niveau de l'établissement) préexistant à la T2A au CLCC n'a pas été lui non plus concrétisé, l'établissement étant déficitaire (ce qui fait dire aux salariés : « la T2A a saboté l'accord d'intéressement »).

Dans une autre logique, le PSPH a envisagé de mettre sur pied un intéressement individuel pour son personnel médical (thème de la seconde phase de l'étude). La mise au point de la formule d'intéressement s'est révélée assez complexe et lorsque cette étude a pris fin, l'intéressement n'était pas encore passé dans les faits. Compte tenu des systèmes d'information en place, l'intéressement ne peut pas être totalement individuel ; la mesure d'une performance ne peut être établie qu'au niveau des services. Le calcul de l'intéressement s'applique donc d'abord à une équipe, pour être redistribué ensuite aux médecins, selon un schéma à définir. Comment peut-on définir l'intéressement ? Dans la mesure où l'établissement désire mettre sur pied une formule connectée à la T2A, le plus souvent automatique, deux variables apparaissent susceptibles de jouer pour un service donné : les recettes, en d'autres termes l'activité, et le résultat économique tel qu'il est calculé par le CREA. Mais ces approches ont révélé des difficultés : en dehors du fait qu'elles peuvent conduire à des sommes jugées incompatibles avec la situation financière de l'établissement, d'autres composantes de l'activité sont à intégrer, comme les consultations ou encore les activités d'enseignement et recherche, cela dans des schémas de calcul de plus en plus complexes, quitte à devenir illisibles pour les intéressés. Par ailleurs, l'intéressement fondé sur l'activité se heurte très vite à des « effets cliquets » (on rémunère une augmentation, mais non une stabilisation, qui peut représenter un effort plus grand), celui fondé sur le

résultat économique peut entériner des rentes de situation. Enfin, l'une comme l'autre de ces solutions se révèlent très sensibles aux changements de règles du financement, et l'arrivée de la V11 n'a pas été sans conduire la direction de l'établissement à un attentisme prudent. Le projet n'a pas été abandonné pour autant, mais on perçoit sur cet exemple le nécessaire étalement dans le temps de ce type d'évolution.

Au CLLC préexistait à la T2A un intéressement individuel des médecins, plus simple a priori (prime annuelle pouvant prendre trois valeurs), fondé sur des critères composites (activité, qualité, management) et dépendant d'une évaluation individuelle assise sur un entretien (contrairement au projet du PSPH).

### Des réflexions stratégiques orientées sur l'évolution de l'offre

L'interaction de longue durée avec un petit groupe de représentants des établissements a permis de constater un certain nombre de réflexions stratégiques intéressantes à deux titres. Tout d'abord elles ne sont pas sans rejoindre les résultats de l'analyse bibliographique initiale, où des expériences étrangères, notamment nord-américaines, relèvent que le paiement prospectif au séjour s'est traduit par de profondes réorganisations au niveau du tissu des organisations elles-mêmes : fusions, absorptions, partenariats, externalisations etc. Ensuite, parce que ces mouvements semblent répondre, d'une certaine façon, aux difficultés de réorganisation interne, étudiées précédemment. Ils correspondent à une « sortie par le haut » consistant, devant les obstacles de tous ordres à la diminution significative des coûts et les limites de l'augmentation des recettes, à « rebattre les cartes » par une réorientation stratégique du périmètre d'activités, qui vise à se retrouver sur une bonne trajectoire. Les orientations politiques actuelles (loi HPST) vont par ailleurs dans ce sens en encourageant la territorialisation.

La recherche d'alliances et partenaires est une des modalités rencontrées : le CH1, positionné comme hôpital référent, a un projet de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec deux CH plus petits sur le territoire (améliora-



tion de la filière gériatrique) et noue des relations avec un établissement psychiatrique. Le CH2 a monté un GIE public-privé pour l'IRM, ce qu'a également fait le CHU pour ses IRM et Pet-Scan. Le CH2 vise aussi la complémentarité avec une clinique chirurgicale, et a déjà repris l'activité d'obstétrique d'une clinique privée. C'est la même optique (de sauvetage de la chirurgie) qu'a adoptée le CH3, en négociant (non sans difficulté, une partie du personnel médical y étant fermement opposée) une association avec une clinique privée de son territoire (redistribution des activités de chirurgie et de cardiologie, partage des urgences). Le PSPH a prévu de reprendre une maternité et travaille actuellement à un rapprochement avec un CHU, afin d'atteindre une taille critique sur le plateau technique. Rappelons à ce titre la création, dans cet établissement, d'emplois consacrés au développement.

Par contre, l'externalisation d'activités n'a pas présenté d'évolutions particulières liées à la T2A. Les externalisations constituent un mouvement d'ensemble datant de plusieurs décennies dans le secteur public (le secteur privé fonctionne déjà ainsi). Cette tendance, a touché essentiellement la logistique (blanchisserie, restauration, entretien). Toutefois des réflexions se développent dans les établissements ex-DG, à partir des outils issus de la T2A, sur la potentialité d'externalisation d'activités médico-techniques (par exemple au CHU, lors de la phase II de l'étude sur le tableau de bord médico-économique de l'imagerie, et à propos de certaines activités partielles, telles la scintigraphie), mais les approches, là encore sont très prudentes, et restent pour l'instant au niveau de modélisations chiffrées.

La restructuration ou les évolutions de l'offre des soins des établissements (en équipements et compétences humaines) ne sont pas de l'ordre de la « stratégie au sommet », évoquée ci-dessus. Elles recomposent le paysage hospitalier notamment par le développement de coopérations inter-établissements sous des formes juridiques diverses, mais constituent des évolutions internes plus modestes, visant à modifier souvent à la marge, le panel d'activités offert à la population.

Dans cette rubrique le développement de l'ambulatoire semble relever de forces relative-

ment indépendantes de la T2A. Dans le même ordre d'esprit, les cliniques observées dans cet échantillon ne se fondent guère sur la T2A pour définir leur portefeuille d'activités. Un directeur de la clinique 2 précise : « Ce n'est pas la T2A qui fait l'activité ». La fixation du portefeuille d'activités est une affaire d'opportunité, dépendant d'une analyse des besoins et des complémentarités sur le territoire. Dans ces conditions, on peut parfaitement fermer les yeux, au moins dans un premier temps, sur la rentabilité, au sens de la T2A, des activités que l'on choisit de développer. Ceci relativiserait le discours connu sur la sélection des patients, à ceci près que le maintien du paiement à l'acte des médecins introduit bien de son côté, et très explicitement d'ailleurs, une telle sélection.

Dans les établissements publics, la structuration en pôles peut conduire les responsables médicaux à définir une stratégie médicale propre, en coopération avec les chefs de service qu'ils coordonnent. Ainsi dans le pôle Médecine du CH3, où une filière gériatrique aiguë a été créée, avec à la clef redéploiement de lits et recrutement d'un médecin. Le responsable médical du pôle estime qu'il s'agit là d'une fonction essentielle d'un pôle car ce sont les professionnels eux-mêmes qui sont en capacité, plus que la hiérarchie, de savoir quels sont les besoins du territoire de santé, grâce au réseau constitué avec leurs confrères, hospitaliers ou libéraux, avec lesquels ils ont des relations continues. Là encore, c'est sans doute davantage la nouvelle gouvernance qui joue, plutôt que le mode de financement, mais les établissements publics se sont lancés, davantage que les privés dans l'élaboration et la diffusion des outils médico-économiques issus de la T2A. Dans ces conditions, le développement de la filière gériatrique au CH3 s'est accompagné d'une simulation économique effectuée par le contrôle de gestion, conduisant à la constatation d'une opération équilibrée. On a ainsi la création d'un « filtre » nouveau qui reste sans doute « à larges mailles » sans savoir pour autant si un résultat économique défavorable aurait changé le cours des choses. D'ailleurs, dans le même établissement, les simulations budgétaires effectuées sur le secteur réanimation et soins intensifs, montrant le caractère coûteux de l'utilisation

des lits de soins intensifs comme post-réanimation, n'ont en rien changé le comportement du chef de service, qui du coup est entré en conflit avec son responsable de pôle.

Les faits observables liés sont donc encore marginaux (pour exemple, les calculs du CHU en justification du recrutement d'un médecin, ne constituent pas un couperet, mais ne sont pas sans effets sur les représentations), mais ils sont sans doute à surveiller à l'avenir. Il y aurait là un bruit à basse fréquence de la T2A, qui jouerait comme une « pression savante » sur les choix d'activité des médecins, et déformerait peut-être à terme l'offre dans des amplitudes supérieures à celle des grandes décisions stratégiques, par la succession de mouvements semblant tous mineurs.

## Conclusions générales

Cette analyse est issue en priorité de la mise en perspective des actions des intervenants dans les établissements ayant participé à cette étude. Elle a en outre tiré profit des échanges entre établissements lors des trois réunions de mise en commun à la DREES, où les participants ont fait part de leurs analyses générales en tant que professionnels de santé. Elle a aussi permis de recueillir des réflexions d'intervenants en milieu sanitaire, sur diverses problématiques d'organisation et de gestion, dans le cadre de missions et études pour la MEAH, telles que celle sur le pilotage des pôles, ou concernant la gestion et l'organisation du temps médical et soignant.

### *De la gestion à l'organisation : des effets contrastés*

La première tendance nette, surtout dans les établissements ex-DG, réside dans le développement d'innovations instrumentales de gestion, qui visent à outiller des analyses dites « médico-économiques ». Ces innovations sont jugées aujourd'hui indispensables avec la T2A, et concernent en particulier les services ou pôles, à qui il est demandé de développer de nouvelles approches de leur activité.

Les exemples sont nombreux (bien au-delà des établissements de l'échantillon) : tableaux de bord, indicateurs, outils d'analyse de l'activité, CREA (comptes de résultat analytique), TCCM (tableau coûts case-mix), fiches budgétaires,

fiches de préparation de l'EPRD, etc. Le lien avec la nouvelle gouvernance est clair, puisque le pôle devient en général une unité de référence pour circonscrire le périmètre de définition des outils. Cependant, lorsque l'on se penche sur le contenu de ces outils, on remarque de nombreuses variantes dans la façon de définir les indicateurs, leur nombre et leur niveau de détail, ou dans le degré d'accessibilité des informations (réservées aux utilisateurs concernés ou plus largement accessibles dans l'établissement).

Cette variété des nouveaux outils de gestion tient à la coexistence de deux finalités donnant lieu à des approches diversifiées selon la taille des établissements, les outils déjà en place, le volontarisme manifesté par les acteurs, etc. Il s'agit d'une part de mieux connaître l'activité médicale (GHS, répartition des séjours par durées, profils des patients, origines des entrées, ...); d'autre part, de caractériser son efficacité (notion souvent difficile à définir et dépendante de nombreux facteurs) pour impulser une optimisation des organisations.

On remarque également une tendance à développer des logiques de responsabilisation appuyées sur ces outils de connaissance de l'activité et de l'efficacité : soit formellement à travers des contrats annuels de pôle, qui définissent de manière concertée des objectifs de progression, des moyens associés, et les modalités de reconnaissance de l'atteinte de ces objectifs ; soit de façon plus informelle, à travers l'utilisation faite de ces informations dans les relations entre acteurs, à différents moments du management (discussions budgétaires, négociation d'investissements, choix de développement d'activités, ...).

Cependant, la mise en œuvre de ces outils ne va pas de soi, et leur appropriation par les acteurs est une œuvre de longue haleine. Ce constat s'explique si l'on considère que ces outils doivent établir un compromis entre deux finalités partiellement contradictoires. Il s'agit d'un côté, de représenter des activités d'une très grande variabilité, et d'éclairer la notion d'efficacité, ce qui pousse à des dispositifs relativement complexes, pour que les informations conservent un pouvoir descriptif suffisant et évitent des raccourcis trop réducteurs ; d'un autre côté de trouver, pour les acteurs directement concernés, un sens opérationnel à

leur utilisation, ce qui pousse plutôt à des dispositifs « robustes ».

La nouveauté de ces démarches dans la culture médicale a induit des tâtonnements. Après une première phase de découverte de ces outils où certains établissements ont été assez loin dans leur développement, se distingue maintenant une tendance à revenir à une certaine simplicité des instruments mis à disposition des services et pôles, en distinguant un premier niveau d'utilisateurs de terrain (médecins, soignants) pour lesquels l'objectif est de donner des points de repères opérationnels, et un second niveau d'utilisateurs gestionnaires, soit au niveau central (DAF, DIM), soit en fonction dédiée dans les pôles, dont la mission nécessite la mise en œuvre d'analyses plus fines et complexes en termes d'activité et d'efficacité.

La mise en œuvre de ces innovations gestionnaires donne ainsi autant de place aux processus d'utilisation et à l'articulation de différents niveaux d'approche de l'analyse médico-économique, qu'à la conception « technique » elle-même.

Par exemple, certains établissements renoncent aujourd'hui à une diffusion large des CREA ou des TCCM dans les pôles et services, considérant que l'usage de ces outils est trop complexe, et peut de plus, alimenter dans certains cas des phénomènes indésirables de concurrence entre pôles ou entre médecins. Pour autant, ces outils conservent leur utilité pour les gestionnaires centraux ou pour le DIM, lesquels doivent par contre imaginer d'autres modalités de dialogue gestionnaire sous des formes innovantes (cellule d'analyse médico-économique, processus d'élaboration de l'EPRD).

#### *Des impacts organisationnels différenciés*

Si l'on centre maintenant l'attention sur les évolutions en matière de réorganisation des activités ou des services, le constat est plus modeste, en particulier en ce qui concerne les organisations des services de soins.

Les innovations gestionnaires évoquées plus haut portent aussi sur les activités qui constituent la chaîne de traitement administratif du patient. Sur ce plan, contrairement aux outils orientés vers les services, le constat est partagé entre les établissements publics et privés. Les deux catégories se trouvent en effet face à des

enjeux analogues en matière d'optimisation et de sécurisation des recettes. Les nouveaux indicateurs permettent notamment d'assurer la vigilance sur la qualité et la fiabilité du processus de codage et de facturation.

Dans un certain nombre de cas, ces évolutions gestionnaires se sont prolongées dans de véritables réorganisations, avec de nouvelles répartitions du travail, des évolutions de compétences, des réaménagements de locaux, des adaptations du management opérationnel, ... Dans les cas les plus aboutis, il peut y avoir création de nouvelles entités organisationnelles structurées par le processus de prise en charge administrative du patient (services patientèle, bureaux d'admissions décentralisés).

Mais ce passage de l'innovation gestionnaire à l'innovation organisationnelle est beaucoup plus rare au niveau des processus de prise en charge des patients par les médecins et les soignants.

Quelques expérimentations localisées concernent notamment des évolutions des modes de prise en charge : par exemple, une nouvelle répartition des lits entre hospitalisation complète, hospitalisation de semaine ou hospitalisation de jour (notamment en chirurgie). Cependant, cette reconfiguration de la capacité en lits, permettant d'améliorer l'attractivité de l'offre sur un certain nombre de pathologies, et d'optimiser le case-mix en termes de recettes, ne s'accompagne pas nécessairement d'une réorganisation profonde de l'organisation du travail. Elle ne semble pas, en outre, être liée directement à la T2A, dont le rôle incitatif sur ce type d'activité a besoin d'être clarifié.

On note également, parfois, des démarches intéressantes pour mieux organiser les processus de sorties, en jouant sur l'anticipation et aussi sur une meilleure gestion des relations avec les structures d'aval.

Ces innovations dépendent souvent du volontarisme de quelques acteurs clefs en position d'impulser des démarches : selon les cas, ce peut être le contrôleur de gestion, le DIM, le président de la CME, un responsable de pôle particulièrement investi dans la conduite d'un projet de changement, ... Des événements ponctuels tels qu'une reconstruction de locaux, un investissement dans un équipement

lourd au plateau technique, ou bien encore une évolution importante de l'activité (par exemple la fermeture d'une activité privée sur le territoire) peuvent également constituer des opportunités de remise en cause d'organisations existantes.

Cependant, n'apparaît pas une tendance forte de réorganisation des processus de travail dans les services et les pôles, qui soit directement liée à la T2A. De plus, les dynamiques de changement observées se révèlent souvent assez longues à mettre en œuvre (en s'étalant parfois sur plusieurs années) et assez laborieuses, en termes de mise au point des nouvelles modalités d'organisation, des outils de gestion associés, d'implication progressive des acteurs, de temps d'apprentissage, ... Les améliorations de performance sont de ce fait lentes à se manifester, et peu visibles à court terme. De nombreuses études et observations soulignent les gains potentiels importants liés à ce thème de l'organisation du travail, mais la réalité du terrain montre que ces gains sont difficiles à concrétiser.

### *Trois facteurs de difficultés*

Les caractéristiques générales de l'activité hospitalière, et en partie les mécanismes propres à la T2A et à sa démarche d'implantation au cours des années récentes, peuvent expliquer ces difficultés.

Indépendamment de la T2A, la conduite du changement organisationnel dans un établissement de soins se révèle hautement complexe, pour un ensemble de raisons conjuguées.

Tout d'abord, si l'on reprend la typologie des organisations proposée par Mintzberg<sup>7</sup>, l'hôpital constitue un prototype d'une organisation professionnelle très qualifiée, dans laquelle les mécanismes de régulation s'opèrent davantage par la standardisation des qualifications, plutôt que par une standardisation des processus.

Ensuite, l'hôpital est un lieu où coexistent différentes logiques d'acteurs (médecins, soignants, gestionnaires, ...), dont le décloisonnement est toujours difficile.

Enfin, d'un strict point de vue organisationnel, la qualité et l'efficacité des processus de prise en charge des patients nécessitent la coordination, dans le temps et dans l'espace, d'une pluralité d'intervenants de nombreuses catégories

professionnelles différentes, sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité et également incertaines, malgré les efforts de protocolisation. Cette coordination est donc techniquement complexe, et nécessite toujours des compromis rendus délicats par les deux facteurs précédents (conflits de logiques, enjeux de pouvoir, zones de flou sur le pouvoir d'arbitrage, ...).

À cette complexité consubstantielle à tout système de soin vient s'ajouter une complexité directement issue des mécanismes de la T2A.

Si le principe fondateur de la T2A est simple dans son énoncé, et aisément compris de la plupart des acteurs concernés dans les établissements, force est de constater que les choses deviennent rapidement beaucoup plus complexes lorsque l'on entre dans les rouages du dispositif et des outils de gestion qui en sont issus.

Tout d'abord, les caractéristiques techniques de la T2A ne favorisent pas une lecture aisée de l'activité et de ses évolutions, du fait, entre autres : du grand nombre de GHS (démultiplié aujourd'hui avec la V11) ; de l'existence de plusieurs sources complémentaires de recettes (MIGAC, ATU, ...), du manque de points de repères sur la hiérarchie relative des tarifs au sein d'une même spécialité ; des notions de bornes haute et basse des durées de séjour comme facteur correctif, ...

En outre, au-delà de cette représentation complexe de l'activité médicale, les outils mis au point dans le but d'aider les acteurs de terrain à développer des analyses médico-économiques de leur activité, se révèlent également difficiles à maîtriser sans un socle de connaissances gestionnaires qui est loin d'être partagé par tous. Par exemple, les CREA (comptes de résultat analytique) renvoient à des notions de comptabilité précises (unités fonctionnelles, unités d'œuvre, affectation des charges directes et indirectes, clés de répartition) tandis que les TCCM (tableaux coûts case-mix) correspondent à une démarche intellectuelle particulière (se comparer à un service fictif dont la structure d'activité serait analogue).

Aussi, malgré les efforts de pédagogie et de conviction souvent déployés par les DIM ou les contrôleurs de gestion, l'appropriation généralisée de ces outils reste un objectif malaisé à concrétiser au-delà d'un noyau relative-

7. « Le management – voyage au centre des organisations », H. MINTZBERG, Éditions d'organisation.

ment restreint de médecins et de cadres qui, du fait de formations antérieures ou de leur motivation pour découvrir ces nouvelles approches, deviennent des utilisateurs avertis (voire dans certains cas des experts) de ces différents outils.

La plupart des autres acteurs, même de bonne volonté, se sentent démunis face à l'utilisation de ces outils et surtout, comment faire des liens avec des pistes concrètes sur le pilotage des pôles ou services, sur l'amélioration de leurs modes de fonctionnement ou de leurs méthodes de travail. Les effets potentiels de ce type d'actions en termes de recettes ou de rentabilité au sens des CREA sont très difficiles à modéliser et donc à anticiper, du fait de l'opacité des mécanismes d'articulation entre l'activité médicale et les indicateurs de performance.

Pour nombre de médecins, l'association des deux termes « médico » et « économique » reste donc largement de l'ordre du théorique ou de l'incantation. S'ils voient bien comment les préoccupations économiques sont à l'origine de ces changements, ils ont beaucoup plus de mal à percevoir le lien avec leur activité médicale et à discerner leur « intérêt à agir ».

Cette complexité s'est trouvée de plus exacerbée, au cours des années récentes, par l'instabilité permanente des règles de la T2A : versions successives de la classification des GHM, changement des tarifs, circulaire dite des « actes frontières », traitement de certains forfaits, etc.

Le premier effet de cette instabilité est de rendre encore plus difficile la définition de stratégies d'action pertinentes et efficaces. En supposant qu'un établissement ait pu, à un instant donné, définir une stratégie d'évolution de son activité et mettre en chantier les changements d'organisation adaptés à cet objectif, il ne lui est nullement garanti que cette stratégie reste efficace dans la durée, si des modifications substantielles de tarifs ou de règles d'affectation des séjours aux GHS surviennent.

En d'autres termes, cette instabilité des règles conforte les tendances déjà présentes à la prudence et à un certain attentisme, en instillant des doutes sur la possibilité d'être « gagnant » avec la T2A. La crainte souvent exprimée est que, d'une façon ou d'une autre, les gains

obtenus par des actions volontaristes soient « récupérés » au profit des seuls enjeux financiers d'équilibre général du système de santé (notamment sous forme de baisse de tarifs), et ne puissent donc être orientés au bénéfice des acteurs du terrain. Le même mécanisme s'observe d'ailleurs dans le cadre des démarches de contractualisation, lorsque la situation déficitaire de l'établissement empêche un pôle actif de bénéficier des résultats de son investissement sur des actions d'amélioration. La question de la reconnaissance des efforts réalisés localement se pose donc de façon sensible.

Enfin, même si ce phénomène ne s'est rencontré qu'à la fin de cette étude, l'arrivée de la V11 ne paraît pas faciliter actuellement le développement des projets de fond sur l'organisation des processus de soins. En effet, cette nouvelle version a introduit des changements importants dans les règles de classement des séjours, notamment avec l'introduction des quatre niveaux de sévérité et avec l'adaptation de l'algorithme de définition du GHS. De ce fait, selon les établissements, cette évolution a remis à l'ordre du jour une problématique d'optimisation et de fiabilité du codage (amélioration des comptes rendus d'hospitalisation) qui était considérée comme maîtrisée dans l'ensemble. Elle recentre à nouveau le dialogue entre gestionnaires et médecins sur les seuls enjeux financiers, au détriment probablement des efforts sur l'organisation. Pour autant, malgré les craintes initiales issues des premières simulations, il ne semble pas, sauf exception, que la V11 modifie radicalement l'équation financière des établissements.

---

## Les difficultés d'une adaptation « rationnelle » des acteurs du soin à la T2A

---

Les considérations précédentes conduisent finalement à questionner l'hypothèse fondatrice de cette étude, à savoir la possibilité d'une adaptation « rationnelle » des acteurs (même s'il s'agit d'une rationalité limitée, au sens de Herbert Simon).

Cette hypothèse revient à considérer que les modifications structurelles du système de

règles de financement doivent inciter les acteurs à rechercher une optimisation rationnelle de leurs organisations et modes de fonctionnement, afin de tirer le meilleur parti du nouveau cadre qui leur est imposé.

Ce raisonnement s'est révélé adéquat à la sphère des dispositifs gestionnaires, soit directement liés à la chaîne de facturation (qui conditionne immédiatement les flux de recettes), soit destinés à construire de nouvelles représentations des activités des services et de leur efficacité. Par contre, lorsque l'on se porte du côté de l'organisation des activités de production des soins (la prise en charge des patients et l'organisation de leurs séjours), le constat est plutôt celui d'une incapacité des acteurs à définir des stratégies de changement. En particulier, les nouveaux outils de gestion des pôles et services « embrayent » difficilement sur les organisations, dans le sens où ils sont rarement des facteurs déclenchant de projets de changement.

La T2A a en quelque sorte enfermé les acteurs dans un paradoxe dont il leur est difficile de sortir pour plusieurs raisons. Elle apparaît comme un mécanisme simple dans son principe, aisé à comprendre, qui tend de ce fait à focaliser l'attention sur l'optimisation des recettes, dans des contextes souvent tendus sur le plan financier. Toutefois, lorsqu'il s'agit de concrétiser cette orientation, les acteurs se trouvent face à une difficulté importante de construire un lien « contrôlable » entre leur organisation et l'efficacité économique, et la recherche des leviers d'action opérationnels est extrêmement complexe.

Faut-il, finalement, relier directement, au niveau du terrain, la recherche d'une amélioration des organisations à la mesure d'une efficacité économique et financière dans le champ défini par la T2A et ses outils associés ? Sur ce plan, nos conclusions rejoignent celles de l'étude pilotée par la MEAH sur les pôles<sup>8</sup>, qui met l'accent sur l'importance de travailler en priorité sur ce qu'elle appelle la « gestion des opérations » (gestion des lits, processus d'entrées-sorties, programmation d'activités, ...). Citons un extrait de ce rapport : « *Le parti-pris de ce chantier était que cette dernière dimension, la gestion des opérations, était moins explorée et pas toujours maîtrisée par les responsables des pôles, qui semblaient plutôt*

*avoir une appétence pour la définition de stratégies et l'analyse des recettes et des dépenses ... Or, il est raisonnable de penser que les réelles marges de manœuvre ainsi que la légitimité du pôle se situent au niveau de l'amélioration de ses opérations. »*

---

## Des effets positifs notables sur les coopérations entre acteurs

---

Cette modestie des effets observables de la T2A sur l'évolution d'une partie importante (et même essentielle) de l'organisation, doit être contrebalancée par des effets plus significatifs sur la nature des coopérations entre les différents acteurs.

Tout d'abord, il semble que la T2A ait ancré dans la majorité des esprits l'idée qu'une approche médico-économique de l'activité médicale devenait incontournable.

Le lien établi par la T2A entre les paramètres financiers de l'établissement et une représentation formalisée de l'activité médicale, via les GHS, contribue à ce résultat. De ce point de vue, le processus de codage en lui-même, lorsqu'il a été décentralisé, a constitué un vecteur de changement, malgré les fréquentes difficultés rencontrées pour aboutir à une bonne fiabilité.

La diffusion d'outils tels que les tableaux de bord de services et de pôles a également participé de cette évolution (par exemple avec des informations systématiques sur les GHS les plus présents dans l'activité, ou sur le poids moyen du cas traité). Certes, ces informations sont la plupart du temps déjà produites et accessibles dans le cadre du PMSI, mais leur structuration plus systématique et leur utilisation plus fréquente à l'occasion de temps de travail en commun entre les gestionnaires et les médecins et cadres de santé, leur ont conféré un poids et une légitimité plus forts. Notamment, leur association avec des informations d'ordre économique (à un niveau de base, par la connaissance des recettes correspondantes à l'activité, et à un niveau plus détaillé par des informations sur l'efficacité, par les CREA ou TCCM) a probablement

8. « Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après », MEAH, rapport de phase 1, janvier 2008 et rapport final, janvier 2009.

réduit les décalages d'approche entre les acteurs.

De nombreux témoignages concordent pour affirmer une évolution positive dans les modes de coopération entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin.

Dans le secteur public, la conjonction de la nouvelle gouvernance et de la T2A se manifeste concrètement par la mise en œuvre fréquente des « trios de pôle » où la dimension gestionnaire est associée au management du pôle (par la présence d'un directeur délégué, ou d'un apport d'expertise par le contrôle de gestion).

Ce décloisonnement s'observe également dans la façon dont les DAF et les DIM organisent leurs relations, le DIM pouvant jouer un rôle important de passerelle avec le corps médical selon la façon dont il est positionné dans l'organisation et selon son parcours antérieur. Des cellules d'analyse médico-économique ou de groupes transversaux « ad hoc » existent également afin d'organiser le croisement des analyses.

## Quelles perspectives ?

Le paysage qui se dessine à l'issue de cette étude offre un mélange contrasté entre le constat d'une grande énergie déployée par les acteurs pour concevoir et implanter de nouveaux outils de gestion et de nouvelles modalités de travail coopératif, et le sentiment d'être face à de puissantes « forces de rappel » qui freinent considérablement leur capacité à aller au bout de la dynamique enclenchée, par une réelle transformation des organisations de processus de soins.

En conséquence, plus que de grandes tendances de changement, se dégagent des « effets de capillarité », d'ampleur très variable selon les lieux et les acteurs, très diffus dans les organisations, et marqués par des rythmes temporels lents.

Peut-on faire un pronostic sur les évolutions à venir ? Deux hypothèses s'offrent.

Une première hypothèse, optimiste, consiste à dire que les germes de changement, qui apparaissent ici sous de nombreuses formes, peu-

vent produire, à un horizon pas trop lointain, suffisamment de fruits pour atteindre une sorte de « masse critique » qui engendrerait une accélération de la dynamique de transformation des organisations.

Une seconde hypothèse, pessimiste, serait que la difficulté à surmonter la complexité et à obtenir des résultats visibles mobilisateurs, associée au maintien d'une instabilité des règles, ne décourage les acteurs pionniers. Seules subsisteraient alors les innovations d'ordre gestionnaire.

Les principaux facteurs qui seraient de nature à soutenir la concrétisation de la première hypothèse sont les suivants :

- progresser dans une stabilisation des règles pour créer un environnement plus sécurisant et plus favorable à l'anticipation pour les acteurs des établissements. Il semble que le régulateur s'en préoccupe actuellement, une réflexion étant engagée avec les fédérations sur une planification, liée au calendrier législatif, des processus d'évolution du dispositif.
- renforcer dans les établissements les compétences organisationnelles orientées sur les activités médicales. Il est incontestable que la T2A constitue un incitatif opérant pour inscrire de façon durable le « souci de gestion » dans le fonctionnement hospitalier et pour progressivement instaurer de nouvelles formes de communication entre les acteurs. Par contre, cette étude a montré combien le passage à l'action sur les organisations de production des soins restait difficile, dans la mesure où les seuls dispositifs gestionnaires, même qualifiés de médico-économiques, ne suffisent pas à guider de façon sûre les professionnels de terrain pour concevoir d'autres modes d'organisation. En d'autres termes, l'enjeu est de compléter la T2A sur la dimension organisationnelle.
- renforcer les démarches de valorisation et de diffusion des innovations organisationnelles (qui émergent malgré les difficultés, mais restent très dépendantes de contextes locaux favorables et du volontarisme de certains acteurs), dans l'esprit de ce qui a été fait par la MEAH et de ce qui est maintenant à la charge de l'ANAP : expérimentations, séminaires, groupes de réflexion, évaluations de projets, outils méthodologiques, ...

## Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	GHM	Groupe homogène de malades
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	GHS	Groupe Homogène de Séjours
ATU	Forfait « Accueil et traitement des urgences »	GIE	Groupement d'intérêt économique
CCAM	Classification commune des actes médicaux	HAD	Hospitalisation à domicile
CH	Centre hospitalier	HPST	Loi « Hôpitaux – Patients – Santé – Territoires »
CHU	Centre hospitalier universitaire	IDE	Infirmière diplômée d'État
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	IRM	Imagerie à résonance magnétique
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
CME	Commission médicale d'établissement	MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
CREA	Compte de résultat analytique	OQN	Objectif quantifié national
DMS	Durée moyenne de séjour	PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
DREES	Direction de la recherche, des études et de la statistique	PSPH	Établissement participant au service public hospitalier
DAF	Direction administrative et financière	RH	Ressources humaines
DG	Dotations globale	RSS	Résumé de sortie standardisé
DIM	Direction ou département de l'information médicale	RUM	Résumé d'unité médicale
DRH	Direction des ressources humaines	SAU	Service d'accueil des urgences
EHESP	École des hautes études en santé publique	T2A	Tarification à l'activité
ENCC	Étude nationale de coût à méthodologie commune	TCCM	Tableau coût case-mix
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses	TIM	Technicien de l'information médicale
GCS	Groupement de coopération sanitaire	V11	Version n° 11 de la classification des GHM

## Pour en savoir plus

Moïsson J.-C., Nakhla M., 2010, *Recherche opérationnelle, méthodes d'optimisation en gestion*, Transvalor, Presse des mines, juin.

Tercerie O., Vallet G., Zeggar H., 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, Documentation Française, février.

Commission des affaires sociales, 2010, *Conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur L'évolution de l'activité des établissements de santé*, Assemblée nationale, N° 2556, mai. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2556.pdf>

Gheorghiu M.D., Guillemot D., Moatty F. (Centre d'études de l'emploi), à paraître, *Ressources humaines et tarification à l'activité (T2A) : entretiens avec des membres des directions des hôpitaux*, DREES, Document de travail.