

# **Dimensions et variables de conception proposition d'une grille de diagnostic du contrôle de gestion hospitalier et problématiques associées**

<b>9.1</b>	<b>Eléments de diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital.....</b>	<b>301</b>
9.1.1	<i>Tentative de typologie : du contrôle de gestion hospitalier au contrôle de gestion médicalisé.....</i>	<i>301</i>
9.1.1.1	Un contrôle de gestion par pathologie ?.....	302
9.1.1.2	Le type de prise en charge comme critère de définition d'un nouveau contrôle de gestion .....	304
9.1.1.3	Pathologie et prise en charge : une typologie des contrôles de gestion en santé .....	305
9.1.2	<i>L'hétérogénéité des problématiques hospitalières : orientations stratégiques et impact en gestion.....</i>	<i>307</i>
9.1.2.1	Enquêtes auprès des médecins correspondants : un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique .....	308
9.1.2.2	Des médecins généralistes à l'intérieur de l'hôpital : un contrôle de gestion prospectif à visée organisationnelle .....	309
9.1.2.3	Des structures d'hébergement à proximité des structures médicales : un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire .....	310
<b>9.2</b>	<b>Les conditions d'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé : des problématiques partagées.....</b>	<b>312</b>
9.2.1	<i>Modalités de financement et impact sur le contrôle de gestion : le paradoxe de la T2A entre qualité des soins et rentabilité.....</i>	<i>312</i>
9.2.1.1	La coordination de la prise en charge dans et hors murs : des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle .....	313
9.2.1.2	Le pari de la recherche : quel financement du progrès médical.....	315
9.2.2	<i>Des SIH vers un système d'information et de communication de santé .....</i>	<i>317</i>
9.2.2.1	Apport du contrôle de gestion au système d'information décisionnel ....	318
9.2.2.2	L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture.....	319
9.2.3	<i>Positionnement des acteurs : des métiers émergents autour de la fonction de coordonnateur.....</i>	<i>322</i>

9.2.3.1	Les métiers du soin : l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le rôle pivot du médecin généraliste .....	322
9.2.3.2	Les métiers de support : le contrôle de gestion et le passage du service informatique à une direction du système d'information .....	323
9.2.3.3	Les métiers administratifs de la sphère médicale : l'émergence du DIM et des Techniciens de l'Information Médicale .....	325
<b>Conclusion du chapitre 9 .....</b>		<b>327</b>

En posant la question du contrôle de gestion médicalisé et non plus seulement hospitalier, nous faisons émerger un certain nombre d'acteurs qui interagissent. Pour autant, force est de constater que l'hôpital reste un acteur majeur de la relation de soins, comme en témoignent les terrains ayant fait l'objet de la recherche.

Outre la démarche de simulation économique de l'hôpital dont le caractère innovant repose sur l'horizon temporel considéré et non sur le périmètre d'action du contrôle de gestion, la coordination des soins externes tout comme la création d'un pôle de santé régional restent des initiatives prises par l'hôpital. L'hôpital assure alors le rôle de coordonnateur avec des professionnels de santé et prestataires externes dans le premier cas, ou accueille des médecins généralistes dans ses murs dans le second cas, et participe en ce sens à la création des conditions nouveau pilotage de la santé. En intégrant un niveau supérieur de l'organisation extrahospitalier, ce n'est plus la question des coûts qui anime l'hôpital mais celle de l'organisation des relations entre acteurs, autrement dit la problématique de l'action collective.

Les conclusions concrètes que nous pouvons tirer de notre recherche s'appliquent donc essentiellement aux gestionnaires hospitaliers ce qui ne doit pas les empêcher de raisonner en dehors des frontières de l'hôpital autour de prises en charges nouvelles à inventer et donc d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. Soulignons d'ores et déjà qu'un tel raisonnement n'est pas incompatible avec les contraintes d'établissements financés à l'activité, bien au contraire, en permettant une optimisation des ressources hospitalières il s'agit de réserver cette structure aux prise en charge les plus lourdes, accroître le niveau d'activité en réduisant les files d'attente, et donc globalement contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins pour des patients hospitalisés ou pris en charge au sein d'un système qui se veut de plus en plus intégré.

Seul le troisième de terrain de recherche propose un outil innovant de pilotage à l'échelle régionale susceptible d'aider un directeur d'ARS soucieux de connaître les flux de patient du territoire qu'il couvre. Pour autant, les limites que nous avons soulevées, outre les choix méthodologiques quant au périmètre ou aux conventions ayant permis le calcul des dépenses et des recettes, ne permettent pas une mise en routine de la production d'un tel tableau de bord qui permettrait véritablement de mettre œuvre un pilotage à l'échelle régional et consacrerait ainsi le rôle d'un contrôle de gestion médicalisé non plus hospitalier mais régional.

Aussi, l'enjeu réside dans la formalisation d'éléments de diagnostic permettant de caractériser un type de contrôle de gestion sans pour autant fournir de solutions idéales et transposables à tout type d'organisation (9.1). Plus simplement, notre recherche se traduit par l'identification de problématiques associées à chacun des types de contrôle de gestion mis en évidence et qui doivent permettre aux gestionnaires hospitaliers de s'interroger quant aux modes d'organisation, outils et acteurs sur lesquels ils peuvent s'appuyer et ainsi s'adapter au contexte qui les caractérise. (9.2).

## **9.1 Eléments de diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital**

Les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs sont de plus en plus inadaptés pour assurer une prise en charge complète dans une gestion optimisée des parcours de soins coordonnés. Le développement de l'hospitalisation à domicile mais aussi l'organisation du retour au domicile induisent, en effet, une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs publics ou privés voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée, les personnes âgées par exemple et / ou une pathologie particulière telle que le diabète ou le cancer. Le croisement de ces deux variables nous semble particulièrement pertinent pour définir le type de contrôle de gestion qui doit en résulter et identifier les problématiques concrètes qui se posent aux gestionnaires concernés. Afin d'apprécier la pertinence de la grille d'analyse ainsi définie, nous testons cette typologie des contrôles de gestion en positionnant quelques expériences observées.

### **9.1.1 Tentative de typologie : du contrôle de gestion hospitalier au contrôle de gestion médicalisé**

La distinction entre contrôle de gestion hospitalier et contrôle de gestion médicalisé n'est pas aussi anodine qu'elle n'y paraît. Elle ne saurait être réduite à une distinction de périmètre, l'hôpital dans le premier cas, le territoire de santé dans le second. Bien des initiatives prises par les établissements ont des conséquences sur l'ensemble de la prise en charge des patients du territoire en lien avec d'autres professionnels de santé.

Pour spécifier davantage cette typologie, nous formulons le postulat selon lequel c'est le type de pathologie qui définit le type de prise en charge optimal tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins que de l'efficacité du système de santé. Il en résulte des organisations de santé nouvelles appelant des types de contrôle de gestion à définir.

#### 9.1.1.1 Un contrôle de gestion par pathologie ?

La pathologie semble être de manière assez naturelle un élément central dans la définition d'un contrôle de gestion type, à l'image de l'amélioration de la connaissance du produit hospitalier qui a pu être opérée à partir d'une nomenclature type qu'est le PMSI. Pour autant, nous ne considérerions ici que les seules pathologies traitées à l'hôpital et pouvant être classées au sein de la distinction traditionnellement opérée en gestion hospitalière, la T2A ayant eu au départ comme périmètre le champ MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

La description du contrôle de gestion passe donc par une définition de l'objet sur lequel il s'applique et dont nous considérons plusieurs niveaux :

<b>Objet du contrôle de gestion</b>	<b>Élément de définition</b>
<b>La santé</b>	L'absence de maladie
<b>La fonction de production</b>	Le produit hospitalier comme variation de l'état de santé des patients traités pouvant être assimilée à un output obtenu par le biais d'une fonction de production de l'hôpital à partir d'un certain nombre d'intrants (personnel, capital).
<b>Le GHM</b>	Le produit hospitalier comme traitement d'une pathologie dont la description est basée sur une double homogénéité en termes de consommation de ressources et de signification médicale.
<b>La prise en charge de la non-autonomie</b>	La réduction de la non-autonomie liée à des états morbides (physiques et mentaux) qui passe par une dépendance momentanée entre soignants et patient.

Figure 32 : *Objet du contrôle de gestion et éléments de définition*

Si la fonction de production et le GHM sont des éléments de définition du produit hospitalier, la santé ou dans une approche plus fine, la prise en charge de la non-autonomie appelle alors à définir la pathologie hors du périmètre hospitalier. A l'extrémité, figurent donc des pathologies dont la prise en charge passe essentiellement par un suivi en médecine de ville, il s'agit des pathologies chroniques. Une première définition amène à alors à les considérer comme des

maladies dont on ne guérit pas, mais une telle définition exclut le cas du cancer. On privilégiera alors la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui considère que la maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies ».

Plus précisément les maladies chroniques sont définies par :

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
- Une ancienneté de plusieurs mois ;
- Le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle des activités et de la participation à la vie sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle ;
- Le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.

Comme le souligne la Direction générale de la santé, c'est « l'existence dans tous ses aspects qui se trouve affectée, et souvent bouleversée, par la maladie chronique : la vie sociale et professionnelle, mais aussi la vie affective et familiale, voire l'identité même de la personne malade ».

Il en résulte une évolution de la prise en charge du patient dans la relation de soins. Le passage à l'hôpital est considéré comme un épisode ponctuel et exceptionnel et le système de santé est construit pour et avec le patient et non plus dans une relation unilatérale dans laquelle le médecin exerce son savoir profane sur le patient. Cette évolution est conforme avec celle du système de santé et suggère de nouvelles questions en lien avec le contrôle de gestion.



Figure 33 : Evolution du système de soins et de ses enjeux  
Source : ANAP

Dans ce contexte, outre les maladies faisant l'objet d'un traitement chirurgical ou médical exclusivement à l'hôpital, nous considérons de manière non exhaustive les pathologies suivantes :

- Le cancer qui a fait l'objet de l'un de nos terrains de recherche ;
- La dépression qui appartient au champ de la psychiatrie et a fait l'objet des premières expériences de Case management ;
- La gériatrie dans le contexte du vieillissement de la population et d'une forte médicalisation de la fin de vie ;
- Les pathologies chroniques en synthèse (diabète, asthme, obésité...).

Au final, le traitement de ces pathologies s'inscrit dans un contexte de coordination des soins qui amène donc à croiser la pathologie avec le type de prise en charge et donc le niveau de l'organisation concernée.

#### 9.1.1.2 Le type de prise en charge comme critère de définition d'un nouveau contrôle de gestion

Le renforcement de la coordination des soins s'est traduit par de nouveaux dispositifs introduits à titre expérimental par l'ordonnance du 24 avril 1996 : les réseaux de soins d'une part, qui réunissent autour d'une pathologie plusieurs professionnels de santé, les filières de soins d'autre part, organisées autour d'un médecin référent qui décide de l'orientation du patient et assure son suivi médical.

Il en résulte donc un certain nombre d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle dans et hors de l'hôpital.

Nous distinguons ainsi :

- Les urgences en tant que mode d'entrée quel que soit le motif et la durée d'hospitalisation ;
- La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de jour pour des prises en charge de très courte durée permettant de diagnostiquer, traiter, suivre un patient sur une journée, sans que le patient passe la nuit à l'hôpital ;
- L'hospitalisation conventionnelle d'une durée variable pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines ;
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) qui interviennent dans la rééducation d'un patient, à la suite d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale ;

- L'Hospitalisation à Domicile (HAD) en tant qu'alternative à l'hospitalisation en vue d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants pour une durée limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient ;
- La médecine de ville que nous définissons par défaut comme toute prise en charge exercée en dehors de l'hôpital.

### 9.1.1.3 Pathologie et prise en charge : une typologie des contrôles de gestion en santé

Le croisement entre la pathologie et le type de prise en charge donne naissance à des problématiques particulières auxquelles les réponses apportées sont de nature diverse. Quoiqu'il en soit, les éléments de réponse actuels fournis par les politiques de santé et leur traduction concrète par des démarches expérimentales amènent à sortir de la seule logique hospitalière, même si la démarche peut être initiée par l'hôpital, acteur encore incontournable.

L'exemple du cancer est à ce titre significatif. Si la prise en charge débute souvent par une intervention chirurgicale, elle n'est que le point de départ de la prise en charge, laquelle se poursuit par des séances de chimiothérapie et de radiothérapie, une prise en charge à domicile qu'elle soit formalisée, dans le cas de l'HAD ou de liens organisés avec les structures avales, ou non telle que la démarche de coordination des soins externes .

La notion de « médicalisation » a émergé progressivement. On a ainsi parlé de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé en vue de l'amélioration des pratiques et de la responsabilisation des professionnels non spécifiquement appliquée à l'hôpital. En effet, elle vise à proscrire les comportements jugés abusifs tout en améliorant la qualité des soins et prend la forme de « bonnes pratiques » diffusées auprès des professionnels de santé. Elle a été inaugurée par la mise en place de références médicales opposables en 1993 (référentiels de bonne pratique médicale visant à éviter des actes et des prescriptions inutiles) et a été prolongée par des accords de bon usage des soins. Ceux-ci peuvent être conclus au niveau national ou régional par les partenaires conventionnels et doivent définir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ».

Dans ce contexte, et au regard des évolutions majeures auxquelles doit faire face le système de santé nous définissons donc le contrôle de gestion au regard des deux critères présentés ci-dessus que nous classons de la manière suivante :

- Par pathologies, classées par niveau de prise en charge par l'hôpital dans le traitement ; certaines sont exclusivement hospitalières telles que la réanimation ou la chirurgie d'autres mixtes telles que la psychiatrie, d'autres enfin peuvent ponctuellement être traitées à l'hôpital mais font essentiellement l'objet d'une prise en charge en médecine de ville, à l'image des pathologies chroniques ;
- Par types de prise en charge classés par degré de dépendance par rapport à l'hôpital ; urgences, prise en charge en ambulatoire et hospitalisation conventionnelle sont totalement liées à l'hôpital, l'HAD est plus détachée recourant parfois à des équipes spécialisées avec lesquelles l'hôpital passe des conventions, des structures dites d'aval telles que les SSR et enfin la médecine de ville sans lien avec l'hôpital, sauf dans des cas particuliers tels que le projet de pôle santé qui a fait l'objet de l'une de nos recherches-interventions.

Nous en déduisons quatre types de contrôle de gestion, les deux premiers restant hospitaliers, les deux derniers pouvant entrer dans la catégorie des démarches extrahospitalières même si l'hôpital peut initier l'ouverture sur l'extérieur.

- Un contrôle de gestion « hospitalier » traditionnel qui s'appuie sur les outils issus de la comptabilité analytique hospitalière pour calculer des coûts et déterminer des segments d'activité rentables ;
- Un contrôle de gestion « hospitalier » prospectif et à visée organisationnelle qui dépasse la logique de calcul des coûts au profit d'une réflexion organisationnelle et vise à anticiper la sortie des patients pour mieux gérer les structures et dimensionner les équipes ;
- Un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique dans lequel l'hôpital assure l'interface avec la médecine de ville pour une meilleure coordination des soins
- Un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire qui permettrait une allocation des ressources sur le territoire et une approche intégrée de la santé avec un impact sur l'organisation des soins, la mutualisation des ressources et donc l'efficience.

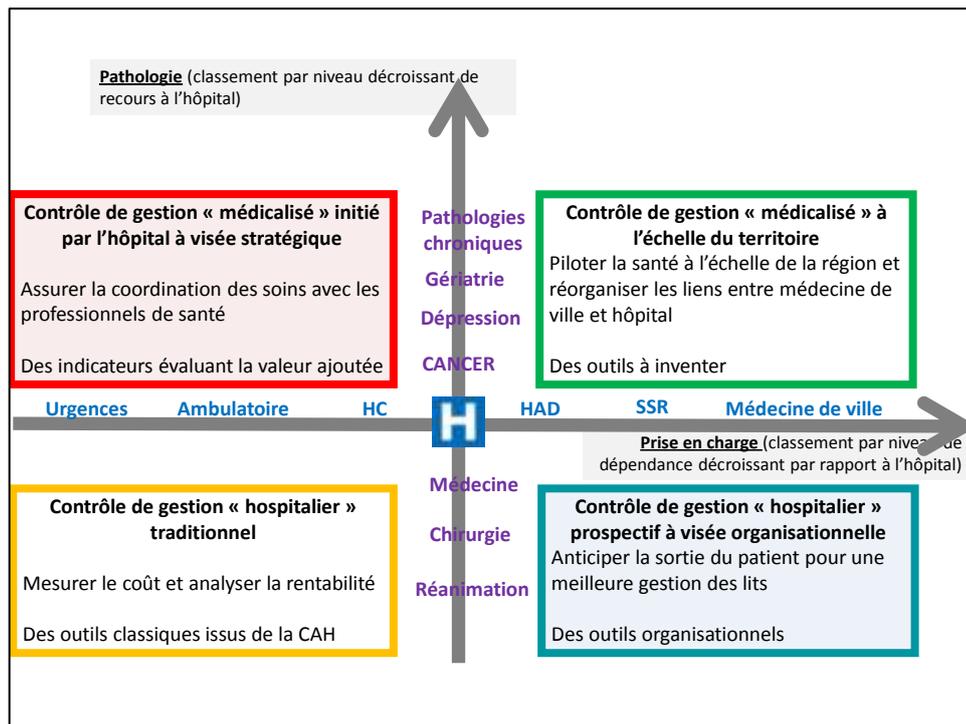


Figure 34 : Pathologie et prise en charge : typologie des contrôles de gestion

La notion de contrôle de gestion médicalisé ne doit pas être vue comme une remise en cause du contrôle de gestion hospitalier et son outil point de départ la comptabilité analytique hospitalière mais comme un complément. Il s'agit donc de rechercher un équilibre entre trois impératifs : le maintien des performances sanitaires globales et de l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins et enfin la maîtrise des dépenses de santé. Il ne peut donc plus se contenter de cette seule dernière action sur la base d'une comptabilité analytique aussi fine soit-elle en calculant des coûts par grande fonction.

Cette typologie constitue un cadre d'analyse pertinent pour permettre au gestionnaire hospitalier de positionner chacun de ses projets. Plus précisément, son intérêt réside dans l'élaboration d'un diagnostic.

### 9.1.2 L'hétérogénéité des problématiques hospitalières : orientations stratégiques et impact en gestion

Chaque type de contrôle de gestion doit pouvoir être analysé au regard de la typologie précédemment établie. Si nous excluons le cas du contrôle de gestion traditionnel dont nous considérons que chaque établissement a atteint un niveau minimal ne serait-ce que par

l'obligation qui lui est faite de produire le retraitement comptable, les autres types de contrôle de gestion s'inscrivent dans des démarches qui restent à explorer en termes de formalisation des outils ou des modes de coopérations entre acteurs. Ils correspondent toutefois à une réalité que nous illustrons à partir d'exemples concrets observés sur le terrain au gré des établissements visités dans le cadre de missions de conseil.

*9.1.2.1 Enquêtes auprès des médecins correspondants : un contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique*

Dans un contexte marqué par le développement de la concurrence entre établissements et face à une problématique de développement de l'activité inhérent à la mise en place de la T2A, les établissements disposent de deux outils pour connaître leur positionnement sur le territoire

- Des études de parts de marché dans une perspective quantitative ;
- Des enquêtes d'image auprès des médecins généralistes dans une perspective plus qualitative.

Si les premiers outils débouchent sur des réflexions stratégiques et donc des choix de développement de l'activité, les seconds s'inscrivent dans une logique d'adressage des patients qui oblige à « fidéliser » les médecins généralistes.

Nous citons l'exemple de l'enquête 2011 réalisée par la fédération française des Centres de Lutte Contre le Cancer Unicancer auprès des médecins correspondants. L'objectif général est celui d'une amélioration souhaitée des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière dans un contexte où le médecin de ville est le premier adresseur à l'hôpital, bien avant le patient lui-même. Le contexte est celui de la mise en œuvre d'une politique d'aménagement du territoire organisée en bassins de santé, sur la base d'un décloisonnement des structures hospitalières et en vue du développement de modalités de travail partenarial. Si le projet est porté par la fédération, la dynamique institutionnelle vise à augmenter l'attractivité du groupe des centres et valoriser la spécificité et la pertinence du modèle des centres. *In fine*, il s'agit de repenser les modalités de prise en charge afin d'offrir une prise en charge innovante, complète, individualisée et humaine et développer les savoir-faire et la qualité de l'articulation avec la ville.

L'impact sur le contrôle de gestion est double ; outre les aspects organisationnels présentés ci-dessus, l'enjeu réside dans la mise en place d'un outil commun de mesure et de suivi des attentes et de la satisfaction des médecins correspondants des centres dans une démarche d'amélioration continue. Il prend la forme d'un questionnaire intégrant l'ensemble des critères d'évaluation de la satisfaction des médecins ainsi que de leurs attentes avec une prise en compte des thèmes et préoccupations liées notamment au diagnostic rapide et à la chirurgie ambulatoire. Il s'articule autour de six modules : profil des médecins, processus d'orientation des patients aux centres, image et satisfaction vis-à-vis du centre, focus sur le diagnostic rapide, focus sur la chirurgie ambulatoire, attentes et suggestions d'améliorations.

Une telle démarche est donc proche du projet de pôle santé à l'échelle du territoire, même si l'outil est moins précis et le projet organisationnel plus léger, la problématique est celle de l'orientation des patients vers le centre et d'une prise en charge prise en charge humaine, adaptée et personnalisée sur la base de liens resserrés entre médecine de ville et hôpital. Elle s'inscrit donc dans une démarche de type contrôle de gestion « médicalisé » initié par l'hôpital et à visée stratégique.

#### *9.1.2.2 Des médecins généralistes à l'intérieur de l'hôpital : un contrôle de gestion prospectif à visée organisationnelle*

En interne, certains établissements ont choisi de recruter un ou plusieurs médecins généralistes avec pour mission principale l'amélioration du suivi du patient. Il intervient donc à plusieurs niveaux. Outre l'aide apportée au codage qui permet de mieux valoriser les comorbidités par exemple, son action se situe tout au long du séjour de patient en étroite coopération avec le médecin spécialiste. Il effectue une visite pré-anesthésique, prescrit et suit les bilans sanguins et contribue ainsi à la maîtrise des prescriptions, éduque le patient, et recherche les places en structure d'aval. L'apport est réel en termes de qualité des soins mais aussi d'organisation du séjour, de fluidité du parcours du patient et donc d'utilisation optimale des ressources, comme en atteste la réduction des durées de séjour suite à de tels recrutements.

On se situe donc ici dans un contrôle de gestion « hospitalier » prospectif et à visée organisationnelle.

### 9.1.2.3 Des structures d'hébergement à proximité des structures médicales : un contrôle de gestion « médicalisé » à l'échelle du territoire

Enfin, certains établissements se lancent dans des projets de plus grande envergure qui dépassent la sphère du soin au sens strict en développant des structures d'hébergement à proximité du lieu de soins. Nous prenons une nouvelle fois l'exemple du cancer à travers l'appel à projets lancé par l'INCa en avril 2011 qui vise à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches une prise en charge dans les meilleures conditions possibles pendant les phases de traitement en cancérologie.

L'objectif de création de telles structures d'hébergement vise à assurer un hébergement à proximité des plateaux techniques de traitement, alternatif à l'hospitalisation complète, et ainsi améliorer le confort de la prise en charge des patients et de leurs familles mais aussi contribuer à la réduction des coûts de l'Assurance Maladie.

Nous citons l'exemple de l'un des établissements retenus. Par ce projet, le centre souhaite :

- Accompagner le développement d'une offre de soins d'oncologie ambulatoire en chirurgie, nutrition et endoscopie, en offrant aux patients les plus éloignés un hébergement alternatif à l'hospitalisation.
- Permettre la mise en œuvre de traitements itératifs hors hospitalisation complète, en offrant la possibilité aux patients traités en radiothérapie ou en chimiothérapie d'être hébergés à proximité de l'établissement dans des conditions plus confortables et moins onéreuses.
- Permettre une diffusion régionale des traitements innovants réalisés par le centre
- Garantir l'égal accès aux soins plus particulièrement à des traitements innovants en cancérologie sans que le lieu de résidence ne soit un handicap au bénéfice de tels traitements.
- Assurer un hébergement de proximité pour les familles de patients hospitalisés

En termes organisationnels, une « cellule de prise en charge des patients en ambulatoire » est mise en place. Elle est composée d'un cadre paramédical, d'un temps de coordonnateur médical (chirurgien, oncologue médical, nutritionniste, oncologue radiothérapeute), d'une permanence téléphonique et de secrétariat ainsi que d'un appui d'assistante sociale, qui gèrera le séjour du patient pris en charge en ambulatoire en s'assurant d'une part au regard de

sa pathologie de la bonne indication de prise en charge ambulatoire, et d'autre part des conditions de son hébergement dans cette structure hôtelière de proximité.

Les bénéfices attendus sont multiples :

- Les patients hébergés dans une telle structure pourront ainsi bénéficier en ambulatoire des traitements innovants et spécifiques proposés par le Centre, alors que leurs lieux de résidence rendent l'accès à ce type de soin problématique. Par ailleurs, les conditions d'aménagement de la structure leur permettront d'être hébergés dans un cadre confortable et familial susceptible de les aider à mieux vivre leur parcours de soins en évitant ainsi des trajets longs et fatigants.
- Par ailleurs, la présence des bénévoles de la Ligue dans la structure d'hébergement elle-même permettra d'apporter l'écoute, le soutien et les conseils spécifiques que cette association prodigue avec professionnalisme aux malades atteints de cancer.
- Les familles accompagnant les personnes hospitalisées pourront bénéficier à proximité immédiate d'un hébergement réconfortant et accessible financièrement.
- Pour la collectivité, un tel projet, outre le fait qu'il permettra une diffusion plus rapide des traitements innovants à moindre coût pour les organismes de protection sociale, évitera les coûts et nuisances associés aux transports.

En synthèse, si nous distinguons plusieurs types de contrôle de gestion, le périmètre des établissements peut toutefois couvrir plusieurs de ces champs d'actions ; un établissement pourra être doté de peu d'outils de pilotage voire de comptabilité analytique et mettre en œuvre des projets originaux à l'image du développement d'une structure d'hébergement par exemple. D'ailleurs, un tel projet est aussi un moyen d'attirer davantage de patients dans une logique de T2A et optimiser les recours aux structures d'ambulatoire et d'hôpital de jour.

Notre propos n'est donc pas de remettre en cause la comptabilité analytique hospitalière au profit d'une démarche plus ambitieuse de contrôle de gestion en réponse à des problématiques organisationnelles. Celle-ci demeure un point de départ incontournable. Le contrôle de gestion en interne peut alors répondre à différents objectifs :

- Dans sa version la moins ambitieuse pour rendre compte à la tutelle ;
- Dans sa version plus ambitieuse pour piloter en interne sur la base d'études prospectives même si l'impact sur l'organisation reste mesuré;
- Dans sa version la plus ambitieuse pour se positionner sur le territoire de santé.

## **9.2 Les conditions d'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé : des problématiques partagées**

Nous l'avons compris, la problématique centrale est celle de l'organisation et des modes de coordination. Or, concertation et coordination sont d'autant plus délicates que les dispositifs sanitaires et sociaux correspondent à des systèmes financiers et décisionnels fondamentalement différents. A mesure que l'organisation s'ouvre, en interne avec pour ambition d'impliquer l'ensemble des acteurs hospitaliers à la démarche gestionnaire (choix des indicateurs, fixation d'objectifs, suivi et analyse au fil de l'eau, modélisation et aide à la formulation d'hypothèses réalistes), ou en externe dans le cadre d'une prise en charge adaptée et personnalisée dans et hors murs amenant plusieurs professionnels de santé à coopérer, on assiste à une dispersion des savoirs et une complexification des relations.

Cette complexification oblige alors à reposer un certain nombre de questions. Ces questions correspondent à des problématiques courantes à l'hôpital mais qui méritent d'être réexaminées dans le contexte actuel. Elles peuvent être classées en trois catégories, le financement, le Système d'Information Hospitalier (SIH) et l'émergence de nouveaux acteurs autour de nouveaux métiers.

### **9.2.1 Modalités de financement et impact sur le contrôle de gestion : le paradoxe de la T2A entre qualité des soins et rentabilité**

La question du financement est directement liée à celle de l'organisation. L'hôpital lui-même est certes financé sur la base de la T2A, mais d'autres modes de tarification coexistent plus ou moins liés à l'activité. De plus, dès lors que nous abordons des problématiques hors de l'hôpital, on sort du champ d'application de la T2A et d'autres modes de financement sont à inventer pour les établissements. Cette première question amène dès lors à envisager différents niveaux du contrôle de gestion en termes d'allocation des ressources. La question peut être résumée de la manière suivante, « Que faire lorsque de nouvelles formes d'organisation se révèlent favorables à la qualité de la prise en charge mais non rentables au sens de la T2A ? ». Ces nouveaux modes d'organisation doivent être rapprochés d'une étude de rentabilité qui dépasse la seule logique imposée par la T2A.

Les trois terrains étudiés s'inscrivent dans cette pluralité de modes de financement. La construction d'un outil de simulation économique concerne le périmètre de l'hôpital au sens strict et s'inscrit, nous l'avons dit dans une vision budgétaire calquée sur le modèle de la T2A. A mesure que nous abordons l'hôpital « hors les murs », des financements ad-hoc doivent être trouvés, soit par l'obtention de MIGAC, soit de manière moins formalisée, par la négociation d'enveloppes avec les acteurs extérieurs.

Nous en déduisons des sources de financement alternatives à la T2A qui doivent être pilotées et donnent ainsi au contrôle de gestion de nouvelles finalités autour d'un périmètre d'action élargi.

#### 9.2.1.1 La coordination de la prise en charge dans et hors murs : des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle

Un raisonnement simpliste pourrait nous amener à considérer que toute activité de coordination ayant pour finalité de permettre un retour au domicile du patient ou une prise en charge dans une structure d'aval de type Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées ou Dépendantes (EHPAD) est contraire à la logique de la T2A qui incite à davantage d'activité et donc de recettes.

Pour autant, elle contribue à diminuer la durée de séjour dont on sait qu'elle constitue une variable d'action réelle à l'hôpital. Une durée de séjour longue aura, en effet, un impact sur l'organisation du service et un éventuel allongement de la file d'attente dans la mesure où le service est saturé. Il en résulte une majoration des coûts essentiellement d'hôtellerie, de logistique et de gestion générale sans gain supplémentaire, le tarif du GHS étant forfaitaire. Parallèlement, doit être pris en compte un coût d'opportunité lié à la non-hospitalisation d'un patient supplémentaire.

Si l'on dépasse le seul débat économique, l'intérêt d'une coordination des soins en aval de l'hospitalisation ou sur la base d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, telle que les prises en charge en ambulatoire, réside également dans l'amélioration de la qualité des soins dont nous faisons l'hypothèse qu'elle se traduira par des gains économiques. En effet, une « bonne coordination » permettra d'éviter des réadmissions non justifiées, le plus souvent après passage aux urgences, des doublons de prescriptions dus à une mauvaise circulation de

l'information qui génèrent des dépenses inutiles sans apport réel sur la qualité des soins pour le patient. Par ailleurs, la coordination des soins répond aussi à la problématique actuelle qui vise à développer les traitements ambulatoires, en l'occurrence proposer des durées de séjour plus courtes à certains patients pour réserver l'hospitalisation complète aux prises en charges les plus lourdes.

Au final, une bonne coordination doit logiquement aboutir à la transmission d'une information adaptée et partagée sur la maladie et la démarche thérapeutique adoptée. Elle doit également éviter des retours inutiles au sein de l'établissement souvent générateurs de stress pour le patient, et se veut donc garante de la qualité des soins. Ce dernier élément suggère des lors que des gains financiers peuvent être attendus d'une « bonne coordination » ; en effet des réadmissions non justifiées, le plus souvent après passage aux urgences, des doublons de prescriptions dus à une mauvaise circulation de l'information sont sources de dépenses inutiles sans apport réel sur la qualité des soins pour le patient. Autrement dit, l'intérêt de la coordination des soins s'inscrit dans une logique d'efficience en permettant une meilleure qualité à moindre coût.

Pour autant, un tel dispositif n'est pas nécessairement incitatif pour des établissements qui vont engager des dépenses en vue d'assurer ces actions de coordination. L'exemple de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) est à ce titre significatif ; il n'est pas directement producteur de soins auprès du patient mais son action est déterminante pour assurer la transmission de l'information entre tous les acteurs engagés dans la relation de soins, à commencer par le patient, acteur de sa prise en charge, notamment dans le cadre de la démarche d'éducation thérapeutique. Ces surcoûts doivent donc être compensés pour s'assurer de la pérennité de tels dispositifs dans un contexte de forte contrainte budgétaire pour les hôpitaux qui cherchent à maîtriser leurs dépenses et à développer leur activité valorisée en T2A.

Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination font donc partie des missions de service public financées par des MIG (Annexe : Offre de soins hospitalière - Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public). Charge donc aux établissements qui adoptent de telles démarches d'optimiser les financements possibles qu'il s'agisse de MIG mais aussi de réponse à des appels à projets émanant d'institutions. A titre d'illustration, l'Institut National du Cancer (INCA) accordent des financements en vue du soutien au développement de dispositifs porteurs tant en termes de qualité de soins que de rationalisation de l'offre de soins.

Finalement, la coordination des soins est un exemple d'activité non directement productrice de soins quantifiables à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). C'est le cas de l'essentiel des missions d'intérêt général (formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support...) pour lesquelles un système mixte reposant, d'une part, sur un financement à l'activité et, d'autre part, sur le maintien d'une dotation ad hoc, les « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC), destinée à compenser les charges liées à l'accomplissement de certaines missions a été proposé. Le cas de la recherche, mission explicitement formulée à l'égard de l'hôpital doit aussi être explicité.

#### *9.2.1.2 Le pari de la recherche : quel financement du progrès médical*

Autre exemple de mission d'intérêt général, la recherche clinique qui a fait l'objet d'une définition stricte dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) : « La recherche clinique est une recherche effectuée chez l'homme dont la finalité est l'amélioration de la santé humaine dans le respect fondamental de la personnalité et de l'intégrité de chaque individu. Cette recherche, centrée sur l'hôpital et gérée par l'hôpital, est une recherche au lit du patient qui vient en complément des recherches institutionnelles, fondamentales ou expérimentales ».

Plusieurs modes de financement peuvent être visés. Le premier concerne les MERRI, exemple intéressant du fait de l'évolution qu'il a connu ces dernières années. Avant la T2A (budget global), les MERRI n'étaient pas clairement identifiées et un taux d'abattement de 13% était attribué de manière quasi uniforme aux établissements assurant par nature des missions d'enseignement et de recherche en vue de neutraliser les surcoûts relatifs aux activités d'enseignement, de recherche clinique, de mise en œuvre de protocoles induisant des coûts de biologie ou de médicaments supplémentaires ou encore l'obligation de disposer d'équipements à la pointe du progrès technique. Depuis la T2A, cet abattement en enveloppe budgétaires MIGAC a été remplacé par la définition d'une liste des MERRI (arrêté du 12 avril 2005).

Depuis 2008, une nouvelle réforme s'applique aux MERRI par l'introduction d'une part modulable, dépendante d'indicateurs de recherche et d'enseignement. L'objectif affiché est

ainsi de prendre davantage en compte le niveau d'activité et les résultats. Les logiques sous-jacentes sont l'incitation au développement d'une recherche de qualité, la recherche d'équité, la valorisation et la diffusion de l'innovation et l'accompagnement du développement de « pôles de recherche », au plan géographique.

L'enveloppe est ainsi redécoupée en trois parties :

- Un socle fixe, qui assure une base minimale définie sur la base des dépenses (notamment des salaires médicaux) supportées par l'établissement ;
- Une part modulable, qui rémunère l'établissement en fonction de ses réalisations (étudiants, publications, brevets, recherche clinique) ;
- Une part variable, constituée de crédits dédiés à certaines activités labellisées (Centre d'Investigation Clinique par exemple ou faisant l'objet d'une contractualisation (tumorothèque)

L'introduction de la part modulable constitue ainsi un fort levier d'action en incitant à publier, en veillant au classement de la revue et au classement de l'auteur, et à faire encore davantage de recherche clinique en incluant un grand nombre de patients ; l'enjeu consiste pour les établissements à être promoteur d'essais, si possible les plus précoces possibles, et si possible à publier. L'objectif fédéral étant d'atteindre 15% de taux d'inclusion, les modalités de financement ont donc été adaptés à cette particularité.

En conséquence, les établissements se doivent d'être réactifs voire proactifs, même s'ils se heurtent à une difficulté conséquente qu'est celle d'une connaissance tardive des règles d'attribution des MERRI et plus globalement des MIGAC, lesquelles évoluent chaque année, sur la base de données recueillies parfois deux années avant et en fonction de préoccupations de santé publique parfois difficiles à anticiper.

Pour autant, les projets de recherche clinique doivent aussi être positionnés au regard des protocoles financés soit par le programme hospitalier de la recherche clinique, soit par des fonds propres dégagés par les hôpitaux universitaires, soit par des contrats, avec l'industrie pharmaceutique ou des organismes publics de recherche. A ce titre, les établissements se doivent d'être attentifs aux appels à projet lancés et y répondre en vue d'obtenir des sources de financement d'activités qu'ils pourraient être amenés à réaliser dans le cadre de leur mission de recherche.

Au final, la question qui se pose, à l'échelle non plus microéconomique, de l'hôpital mais plutôt au niveau macroéconomique est celle de nouvelles formes de rémunération à envisager pour ce type de prises en charges nouvelles, bénéfiques pour le patient à court terme dans le cadre de la coordination, à plus long terme dans une perspective de progrès technique sur la base d'une recherche clinique active, mais qui apparaissent *a priori* comme non rentables pour l'établissement. En termes économiques, ces gains pour le patient peuvent se révéler favorables pour équilibrer le système de santé et donc le rendre plus efficient. Il en résulte plusieurs niveaux de contrôle de gestion et donc des finalités différentes pour les acteurs

- Un niveau macroéconomique qui pose la question de la régulation globale du système de santé
- Un niveau microéconomique au niveau de l'établissement qui amène à s'interroger sur la place de la fonction contrôle de gestion au sein de l'hôpital : un intermédiaire entre direction générale (niveau stratégique) et pôles (niveau plus opérationnel)
- Un niveau intraétablissement au niveau du pôle qui rejoint la réflexion autour de la définition d'objectifs par les médecins eux-mêmes.

### **9.2.2 Des SIH vers un système d'information et de communication de santé**

Si le parcours du patient s'inscrit dans une logique transversale obligeant à penser la coordination de la prise en charge dans et hors les murs, le processus de recueil et d'analyse des données se complexifie et pose la question de du système d'informations.

Le premier terrain s'appuie sur un SIH classique dans la moyenne des établissements hospitaliers dans la mesure où les données implémentées sont soit des données courantes, soit des indicateurs construits. La finesse du modèle oblige à recourir à des coûts et consommations d'activités médico-techniques moyennes par GHM ; or cette donnée est difficilement accessible et une alternative a été trouvée par le biais des données moyennes publiées dans l'échelle ENCC. Le cas de la coordination des soins externes illustre à l'inverse un cas où peu de données existent et sont donc à construire sur la base d'indicateurs ad-hoc, l'enjeu étant d'harmoniser ces données avec celles issues du SIH. Enfin la construction du tableau de bord a fait émerger un certain nombre de difficultés quant à l'agrégation de données provenant de sources différentes.

Outre le traitement des données dans une perspective de pilotage médico-économique, le système d'information est aussi le lieu de stockage de toutes les informations relatives au suivi du patient. Or, l'ouverture de l'hôpital s'accompagne d'une multiplication des données à intégrer et des acteurs susceptibles de partager des données.

La problématique opérationnelle se pose donc en termes d'information médicale et de confidentialité, celle du système d'information décisionnelle est quant à elle reliée aux difficultés du recueil des données et de leur analyse.

#### 9.2.2.1 Apport du contrôle de gestion au système d'information décisionnel

L'informatique décisionnelle (*Business Intelligence*), est définie comme étant l'ensemble des moyens, outils, méthodes qui permettent de collecter, consolider, modéliser et restituer des données afin de fournir aux dirigeants une vue d'ensemble de l'activité traitée et faciliter le processus de décision. Un tel système nécessite un entrepôt de données (*datawarehouse*) pour stocker des données transversales provenant de plusieurs sources hétérogènes.

Le reporting est probablement l'application la plus utilisée pour sélectionner des données en fonction d'une période donnée, d'une production, d'un secteur, de les trier et les regrouper selon des critères définis, de réaliser des calculs (totaux, moyennes, écarts, comparatifs d'une période à l'autre...) et enfin de présenter les résultats de manière synthétique ou détaillée. Pour autant, le reporting ne peut être considéré comme un outil d'aide à la décision au sens strict. L'enjeu réside davantage dans la production d'instruments de type de tableaux de bord équipés de fonctions d'analyses multidimensionnelles.

A l'hôpital, l'informatisation de la fonction crée également des bouleversements évidents : Excel est historiquement l'outil le plus commun et reste encore aujourd'hui dominant. Mais depuis quelques années sont apparus des logiciels spécialisés de plus en plus pointus qui, selon les éditeurs, permettent des analyses plus fines, fournissent des données plus fiables, autorisent des décisions plus rapides. Ces progiciels de pilotage et de contrôle de gestion médico-économique visent le pilotage de l'établissement autour de trois actions complémentaires et quatre familles d'outils :

- Comprendre en analysant la situation économique ;
- Comprendre en mesurant la performance ;

- Piloter en anticipant les mutations ;
- Optimiser en organisant les pratiques.

Cette dernière étape est probablement la plus délicate à mettre en œuvre mais la plus prometteuse en vue d'identifier des leviers d'action et les déployer. L'objectif réside dans l'amélioration de la prise en charge. Nous citons l'exemple d'un module innovant qu'est celui de Filières Internes de Production de Soins (FIPS) qui vise à mettre en évidence les pratiques et organisations les plus pertinentes en matérialisant différents parcours de soins d'une même pathologie classée par GHM. Un tel module doit faciliter le dialogue médico-économique en raisonnant par pathologie au regard d'indicateurs économiques qui permettent de :

- Disposer d'un benchmark interne et externe sur la base de l'ENCC et de filières cibles ;
- Mettre au regard les recettes et coûts pour différentes prises en charge ;
- Equilibrer les activités et garantir leur financement ;
- Disposer rapidement de leviers nécessaires au pilotage.

Tout l'enjeu consiste donc à saisir la complexité de la production hospitalière y compris la transversalité de la prise en charge qui suppose de dépasser la vision plate telle que fournit par la comptabilité analytique qui nous l'avons dit n'a qu'un impact faible sur les organisations, au profit d'une démarche plus dynamique qui vise à optimiser les pratiques et organisations. Ils se traduisent par une attention nouvelle portée aux processus sur lesquels repose la gestion globale d'un hôpital (gestion administrative, processus de soins, fonctions de supports, pilotage...), processus dont la complexité rend plus que jamais les systèmes d'information et de communication indispensables.

Cette problématique prend tout son sens lorsqu'on « étend » l'hôpital vers l'extérieur. Pour l'heure, l'enjeu ne réside pas dans la construction d'un outil décisionnel, nous avons vu que la réalisation d'un tableau de bord sur la base des comptes régionaux de la santé est un travail de longue haleine, nécessitant l'agrégation de bases de données très hétérogènes, mais dans le partage de données entre professionnels de santé dans et hors de l'hôpital.

#### 9.2.2.2 L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture

Le « livre blanc » réalisé par les membres de Syntec Santé atteste de l'émergence d'un nouvel écosystème autour de la e-santé. Ce document est intéressant dans la mesure où il constitue

un document de référence qui définit pour une période donnée les objectifs d'une politique publique, le cadre dans lequel elle s'exerce et les choix qu'elle propose.

L'exigence de partage des données est particulièrement accrue dans le contexte de l'ouverture des établissements sur leur environnement (réseaux de santé notamment) et par l'impératif de replacer le patient au centre du parcours de soins. Ce partage se traduit par la numérisation des données de santé, la dématérialisation des dossiers et des comptes rendus, la mise en place d'une messagerie électronique ou encore l'archivage légal par exemple. L'enjeu réside dans le partage des informations en vue du décloisonnement des pratiques.

Le concept de « l'hôpital étendu », qui émerge actuellement et oblige à une nouvelle organisation de l'offre de soins sur un territoire de santé passe donc par la maîtrise des flux d'information, en amont et en aval de l'établissement. Ces nouvelles formes de collaboration entre les acteurs de santé encouragent la mutualisation de moyens et de ressources, prônée par les pouvoirs publics depuis le lancement du Plan Hôpital 2012. Les contraintes sont réelles et se traduisent en termes de volume, de disponibilité, de sécurité et d'interopérabilité et pourront faire l'objet d'un traitement local ou mutualisé, externalisé ou non. L'une des difficultés réside dans l'absence d'identifiant du patient national et donc l'existence d'un Identifiant Permanent Patient (IPP) par établissement en attendant un hypothétique Dossier Médical Personnel (DMP). L'hôpital est donc encore considéré de manière isolée en oubliant que le patient passe d'un établissement à un autre. Certaines expériences sont tentées à l'image de la mise en place d'un Identifiant Patient Régional (IPR) et la mise en place d'un Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR).

Certains éditeurs de logiciel travaillent aussi sur la création de portails Ville / Hôpital autour de trois fonctionnalités que sont la visualisation des venues du patient, l'accès aux résultats d'examens du patient (biologie, images de radiologie) et la notification d'événements. Il en résulte plusieurs axes d'optimisation :

- Augmentation de l'attractivité de l'établissement grâce à l'ouverture du dossier patient aux correspondants privilégiés permettant de pallier l'écueil de comptes rendus d'hospitalisation absents ou envoyés avec un délai jugé trop long par les médecins généralistes par exemple ;
- Réduction de coûts au profit de tâches à plus forte valeur ajoutée ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge et de la continuité des soins grâce à la mise à disposition rapide d'informations pertinentes et choisies.

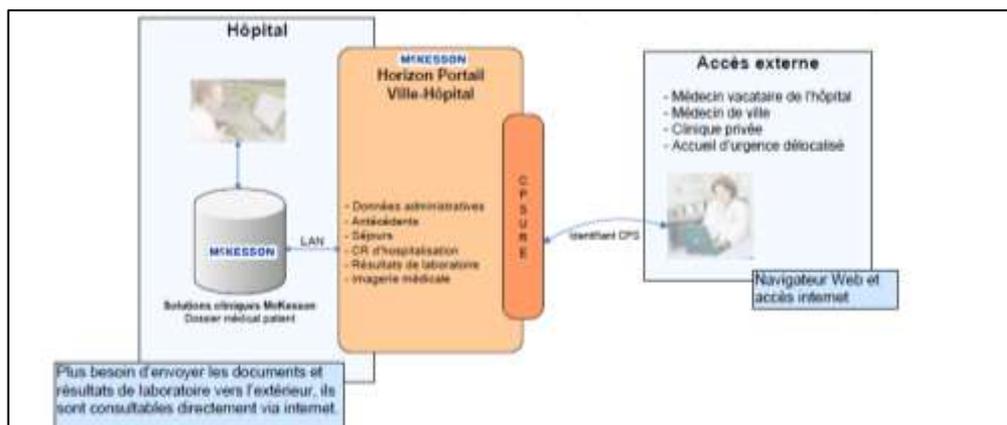


Figure 35 : Fonctionnement d'un portail Ville-Hôpital

Source : McKesson

L'étape suivante repose sur la mise en place d'une messagerie sécurisée intégrée qui permet d'envoyer les documents concernant le patient de manière rapide et efficace, sans manipulation supplémentaire pour le médecin. Installé entre le serveur de messagerie de l'établissement et Internet, il sécurise les messages électroniques par cryptage des messages sortants et décryptages des messages entrants et dépend du niveau de déploiement de la Carte Professionnelle de Santé (CPS).

Finalement, la numérisation des établissements de soins ne constitue pas tant une révolution technologique qu'une révolution médicale et sociale : en associant tous les acteurs, quelle que soit la structure dans laquelle ils opèrent (hôpital, maison de santé, ...), elle replace le patient au cœur du système de soins et permet une médecine à la fois plus efficace, moins onéreuse et plus humaine. Aujourd'hui, les médecins partagent des informations et prennent des décisions en concertation et font donc des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) un levier d'efficacité. Tout l'enjeu réside donc dans le passage progressif du Système d'Information Hospitalier (SIH) à un Système d'Information et de Communication en Santé. Celui-ci s'inscrit dans la problématique de l'émergence d'une fonction de coordination des soins pour amener l'ensemble des professionnels de santé à coopérer.

### **9.2.3 Positionnement des acteurs : des métiers émergents autour de la fonction de coordonnateur**

Dans le contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé que nous avons mis en évidence (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins...), la lisibilité de ces évolutions, et surtout de leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs, est déterminante. Identifier les changements probables à moyen et long terme permet de les anticiper et donc de s'y préparer. Encore faut-il identifier ces acteurs clés qui contribueront à dépasser les évolutions aujourd'hui à l'œuvre dans les champs sanitaire, social et médico-social et qui modifient en profondeur l'organisation du système de soins.

L'identification d'un certain nombre de facteurs d'évolution probables à moyen et long terme, à travers les signaux faibles que nous avons identifiés amène à s'interroger quant à leur impact sur les ressources humaines et les organisations. Il en résulte une sélection de métiers ou groupes de métiers dits « sensibles », c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir. Selon la typologie retenue par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH), trois catégories de métiers sont, en effet, susceptibles d'être impactés : les métiers du soin, les métiers administratifs de la sphère médicale et les métiers supports. Au regard des enseignements issus de notre recherche, nous développons cette réflexion autour d'acteurs émergents que sont l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le médecin généraliste en vue de la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, le contrôleur de gestion et le responsable du Système d'Information en tant que métiers supports et enfin, le médecin DIM et l'équipe de Technicien de l'Information Médicale (TIM) comme garants d'une analyse médicale de l'activité.

#### **9.2.3.1 Les métiers du soin : l'émergence de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) et le rôle pivot du médecin généraliste**

La fonction de coordination à proprement parler appelle à l'émergence d'un nouveau métier, celui d'infirmier coordinateur(trice), dont les missions n'ont pas encore été clairement formalisées. Pour autant, cette situation devrait évoluer sur la base des nombreuses expériences menées à évoluer et avec comme support l'expérience acquise issue du métier d'infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

Une fiche métier de « Coordinateur(trice) parcours patient », classée au sein de la famille « Soins » et de la sous-famille « Management des soins » est en cours de construction. Les missions suivantes seront données à cet acteur dont la montée en puissance devrait s'organiser progressivement :

- « Etablir des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, en accord avec l'établissement de santé référent et du patient ;
- Préciser les différents types d'intervenants nécessaires selon le projet de soins établi ;
- Organiser avec le médecin traitant, en collaboration avec l'équipe hospitalière, le retour au domicile du patient, dans les conditions les plus adéquates possibles ».

Il en découle un rôle nouveau donné au médecin généraliste. Le plan Cancer 2009 – 2013 décliné en trente mesures insiste plus particulièrement sur six d'entre elles : la mesure 18 vise notamment à « Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant » et la mesure 25 est relative au développement d'une « prise en charge sociale personnalisée pour accompagner l'après cancer ». Le rôle du médecin traitant est donc renforcé à tous les moments de la prise en charge pour permettre une meilleure vie avant, pendant et après la maladie. La loi HPST elle-même insiste sur le rôle pivot du médecin généraliste en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins. Son action se décline en cinq axes :

- Orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- Coordination des soins ;
- Respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques ;
- Synthèse des informations transmises par les professionnels de santé ;
- Prévention et dépistage.

#### 9.2.3.2 Les métiers de support : le contrôle de gestion et le passage du service informatique à une direction du système d'information

En interne, la structuration en pôles amène à considérer un niveau intra-organisationnel caractérisé par une grande hétérogénéité des situations due à l'historique de chaque établissement, au type d'activités, à la configuration spatiale et à la taille de l'établissement. En particulier, les prérequis matériels de la déconcentration ne sont pas toujours réunis, les

outils de base du management, tels que les tableaux de bord médico-économiques n'étant pas toujours disponibles au niveau des pôles.

La question clé qui apparaît à l'heure actuelle est celle du degré de déconcentration. Pour autant la déconcentration oblige à conserver un niveau supérieur facilitant l'agrégation des informations issues des pôles. La fonction contrôle de gestion a vu son champ d'action renforcé. Les tendances d'évolution du métier et les facteurs clés à moyen terme tels qu'ils figurent dans la fiche métier issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière visent ainsi « l'intégration du contrôle de gestion à la stratégie de l'établissement, la montée en puissance de la transparence des dépenses et le développement d'outils d'aide à la décision ». Le dialogue de gestion doit ainsi être orchestré et amène à repenser la fonction contrôle de gestion à l'hôpital autour de nouveaux métiers. La déconcentration vers le pôle s'effectue alors sur la base d'un transfert des compétences vers le cadre administratif de pôle, également appelé assistant de gestion.

Parmi les facteurs d'évolution du métier issus des monographies de dix métiers et groupes métiers sensibles identifiés par l'ONEMFPH<sup>23</sup>, figurent l'évolution médico-économique, l'évolution de l'organisation interne et l'évolution technologique. Les enjeux de ressources humaines et pistes d'action qui en résultent pour accompagner l'évolution du métier se traduisent en termes de développement d'une compétence collective et partagée de la fonction « entre l'équipe de direction centrale et les décisionnaires dans les pôles et les différentes fonctions support. Le contrôleur de gestion doit permettre aux acteurs demandeurs d'analyse d'interpréter les données fournies par le contrôle de gestion central, voire d'établir par eux-mêmes des tableaux d'analyse. Ces mêmes utilisateurs d'information traitée et analysée sont également producteurs d'informations utiles au contrôleur de gestion. Ce sont donc les utilisateurs qui sont capables de configurer les outils de restitution des informations selon leurs besoins ; ils permettent surtout d'interpréter concrètement, en cohérence avec la réalité de l'activité, les données qui sont disponibles au niveau central ; ils

---

23 Le tome 2 de l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière dresse 10 monographies de ces métiers : quatre métiers du soin (Aide-soignant, Aide médico-psychologique, Auxiliaire de puériculture - Groupe infirmier - Manipulateur en électroradiologie - Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle), trois métiers administratifs de la sphère publique (Cadre administratif de pôle - Secrétaire médicale - Technicien d'information médicale) et trois métiers de support (Acheteur - Contrôleur de gestion - Responsable de système d'information)

peuvent, le cas échéant, proposer des modifications des modalités de collecte et de traitement des informations à la source de façon à obtenir les bonnes données ». Il n'y aurait donc plus un seul contrôleur de gestion, dont nous avons discuté du rôle de conseiller, mais plusieurs acteurs du contrôle de gestion susceptible de faire du contrôle de gestion « sans s'en rendre compte ».

Autre action nécessaire facteur d'évolution du métier, le développement d'une compétence en prospective microéconomique et en évaluation de l'efficience. Or cette compétence est particulièrement difficile à maîtriser, compte tenu notamment des incertitudes sur l'évolution des tarifs et des politiques publiques. La complexité de la tâche à accomplir nécessite qu'il trouve en interne et en externe toutes les informations nécessaires en matière réglementaire, tarifaire, médico-économique. L'intérêt de partager la veille avec le service du DIM et le service financier est évident. On peut également souhaiter que les contrôleurs de gestion communiquent entre établissements pour établir des données de comparaisons, pour échanger sur les analyses et prospectives menées par chacun.

Le travail de modélisation sous-jacent à la construction d'outils de gestion adaptés, opérationnels et utilisés amène aussi à plaider en faveur d'un nouveau métier à l'hôpital, celui d'ingénieur en organisation chargé de modéliser des processus transversaux et ainsi de veiller au décloisonnement de l'hôpital entre services, qu'il s'agisse de services administratifs, médicaux ou médico-techniques.

Enfin, la professionnalisation du métier doit s'accompagner d'une bonne compréhension du système d'information qui se déploie et des outils dédiés de traitement de données ; le contrôleur de gestion travaille en collaboration avec le responsable du système d'information dont on a soulevé l'évolution de la fonction et qui fait lui aussi partie des métiers considérés comme sensibles.

#### 9.2.3.3 Les métiers administratifs de la sphère médicale : l'émergence du DIM et des Techniciens de l'Information Médicale

Le médecin DIM est un des acteurs clé du contrôle de gestion et tient un rôle essentiel dans le dialogue de gestion. Créé à partir de 1991, le Département d'Information Médicale a pour mission de collecter, traiter, transmettre et exploiter les informations médicales concernant

les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement. Sa création résulte d'un double mouvement, celui du développement des technologies de l'information et de la nécessité de mettre en place une maîtrise des dépenses. Le département (qui peut constituer dans l'organigramme un service à part entière) s'appuie le plus souvent sur une équipe de techniciens d'information médicale encadrée par des médecins. Dans le cadre de cette évolution, on voit que le Technicien de l'Information Médicale (TIM) joue un rôle clé. On observe aussi un rapprochement avec le contrôle de gestion. Ce rapprochement est symptomatique de l'apport du DIM dans le pilotage et l'analyse du fonctionnement de l'établissement, qui doit donc s'appuyer sur l'analyse de l'activité médicale.

D'autres activités peuvent être confiées au service DIM et éventuellement mises en œuvre par des TIM ou des personnes spécialisées : l'archivage des dossiers médicaux, et la communication du dossier patient, le contrôle de la qualité du dossier médical ou encore l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation. Les TIM peuvent également être associés au travail d'identité-vigilance.

L'évolution est en cours, mais connaîtra un déploiement accéléré dans les années à venir. Elle impacte fortement l'activité d'archivage des dossiers mais pas seulement. Il existe un enjeu de sécurisation du système d'information patient : éviter des exploitations non autorisées, s'assurer de la fiabilité des informations et de leur pérennité. La relation DIM et services informatiques est accentuée, et la gestion des accès à l'information pourra être confiée à un TIM qui devra maîtriser les questions juridiques et éthiques de la communication et de l'archivage des informations.