



EHESP

DESSMS

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **2011**

**La tarification à l'activité dans un
centre hospitalier ex-hôpital local :
comment se préparer à la réforme ?
Exemple de l'hôpital de Chalonnes-
sur-Loire**

Géraldine ROY

Remerciements

Je remercie Mme Hélène TOURNEUR, chef d'établissement et M. Pierre LACOSTE, directeur par intérim, pour leur attention constante à mon égard. Je les remercie tout deux de m'avoir accordé leur entière confiance pour la conduite de mes missions, de m'avoir fait partager leurs réflexions et travaux quotidiens, de m'avoir toujours incluse dans la vie institutionnelle de l'établissement.

Je remercie particulièrement mon maître de stage, Mme Hélène TOURNEUR, pour sa grande disponibilité et le suivi soutenu de mes travaux. Elle n'a jamais hésité à me consacrer un temps que je savais précieux, de par la densité de sa vie professionnelle.

Je remercie M. Pierre LACOSTE, pour sa disponibilité, ses conseils et sa vision stratégique sur le sens et les enjeux de l'exercice du métier de directeur d'établissement.

Mes remerciements vont également aux cadres de santé et administratifs, pour leur accueil chaleureux et leurs conseils. Je remercie particulièrement Mme Pascale MOREAU, dont j'ai apprécié les nombreux échanges de point de vue.

Je remercie M BEAUCHAMPS, M HODEE et Mme RUFFIE pour avoir accepté de s'entretenir auprès de moi en vue de la réalisation de ce mémoire, ainsi que M TREGUENARD qui l'a complété de précieuses informations.

Je remercie l'ensemble des agents des l'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire avec qui j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler.

Sommaire

Introduction	1
1 Le financement des CH-ex-HL : d'une norme nationale à sa déclinaison locale	5
1.1 Le cadre législatif et réglementaire	5
1.1.1 La réforme de la tarification du champ sanitaire	5
A) Le principe de la T2A pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique ..	5
B) Le projet de T2A pour les activités de Soins de Suite et de Réadaptation	8
C) Les modulations de la T2A.....	10
1.1.2 Le financement du secteur médico-social : vers un modèle de T2A	11
A) Le système de financement des EHPAD.....	11
B) Le projet de tarification à la ressource.....	12
1.2 Les enjeux de la tarification à l'activité	13
1.2.1 A la recherche d'un mode de financement idéal	13
A) Les avantages d'un financement lié au niveau d'activité	14
B) Les risques d'effets pervers de la T2A	14
1.2.2 Les CH-ex-HL au sein de la réforme	15
A) La fin d'une dérogation protectrice	16
B) La préparation au plan national de la réforme pour les CH-ex-HL	16
1.3 Les pré-requis au passage à la T2A.....	17
1.3.1 Les pré-requis techniques	17
1.3.2 Les pré-requis organisationnels	18
A) Le Département d'Information Médicale	18
B) L'optimisation du circuit de facturation.....	19
1.3.3 La mise en place d'outils de gestion performants	20
A) La comptabilité analytique hospitalière.....	20
B) La mise en place d'indicateurs sous forme de tableaux de bord de gestion .	23
2 Les actions engagées par l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée.....	25
2.1 Vers une connaissance fine de son activité et de son fonctionnement.....	25
2.1.1 Des pré-requis techniques et organisationnels opérationnels.....	26
A) La structuration d'un département d'information médicale.....	26
B) Les travaux d'amélioration du circuit médico-administratif.....	27
2.1.2 La difficile mise en place d'outils de gestion.....	29
A) Projet de développement de tableaux de bord	29
B) La mise en place de la comptabilité analytique hospitalière	31

2.2	Assurer sa pérennité financière : une double action sur les dépenses et les recettes	33
2.2.1	Vers une meilleure maîtrise de ses dépenses	33
A)	La révision du protocole de gestion du temps de travail.....	33
B)	La mise en place d'une politique d'investissement.....	36
2.2.2	Vers un renforcement et une diversification de ses recettes	37
A)	Une stratégie de développement de l'activité.....	37
B)	La recherche de recettes nouvelles	39
2.3	Pour une dynamique partenariale et territoriale vivante	40
2.3.1	Mutualiser les moyens au delà de l'établissement	41
A)	A la recherche d'une taille critique ?	41
B)	La coopération entre les structures pour une utilisation optimisée des moyens.	42
2.3.2	L'ouverture sur le territoire, une approche multifactorielle	44
A)	La coopération entre institutions	44
B)	La coopération avec le secteur libéral.....	45
3	Les actions pouvant concourir au succès du passage à la T2A	47
3.1	Poursuivre le développement d'outils de gestion	47
3.1.1	Favoriser une comptabilité analytique hospitalière adaptée aux CH-ex-HL...48	
3.1.2	Développer les compétences au sein des établissements	49
3.1.3	Mutualiser des moyens, par un recrutement partagé	49
3.2	Donner les moyens aux CH-ex-HL de réussir cette réforme	50
3.2.1	Mieux communiquer sur les ressources existantes	50
3.2.2	Créer un réseau dédié pour le partage d'informations	51
3.2.3	S'appuyer sur les structures existantes	52
3.3	Repenser la place de l'hôpital sur le territoire	53
3.3.1	Envisager des restructurations hospitalières.....	53
3.3.2	Développer le fonctionnement en filière.....	54
3.3.3	Communiquer davantage, se faire connaître et reconnaître	55
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CAH	Comptabilité Analytique Hospitalière
CH-ex-HL	Centre Hospitalier ex Hôpital Local
CHT	Communauté Hospitalière de territoire
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DIM	Département d'information Médicale
ENC	Etude nationale des Coûts
ENCC	Etude nationale des Coûts à méthodologie Commune
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des dépenses
EHPAD	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Hôpital Santé Patient Territoire
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MARTAA	Mission d'Appui Régionale à la Tarification A l'Activité
MCO	Médecine-Chirurgie Obstétrique
MIG-AC	Missions d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PUI	Pharmacie à Usage Interne
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification à l'Activité
TCCM	Tableau Coût Case Mix
TIM	Technicien d'Information Médicale

Introduction

En 2010, le déficit du régime général de la sécurité sociale s'élève à 23.9 milliards d'euros dont près de la moitié, 11.6 milliards pour la branche maladie et 8.9 milliards pour la branche vieillesse¹. La nécessité de redresser les comptes publics, malgré le respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour la première fois en 2010 depuis sa création², amène le gouvernement à maintenir une politique budgétaire rigoureuse et à poursuivre ses réformes hospitalières.

Jusqu'en 1984, les hôpitaux publics sont financés par un système de prix de journée. Ce dernier, incitant les établissements à conserver les patients plus que le temps nécessaire afin de maximiser le nombre de journées d'activités, est jugé inflationniste. En 1984, il est remplacé par le budget global. Les établissements se voient affectés une dotation annuelle de financement en début d'année. Cette enveloppe doit permettre de couvrir l'ensemble des dépenses nécessaires à la réalisation de l'activité. Son évolution mécanique prend peu en compte le dynamisme des structures et leur niveau d'activité.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, annoncé en 2003³, il est décidé de mettre en place un nouveau système de financement visant à harmoniser le secteur public et le secteur privé dans un esprit de recherche d'efficience. La tarification à l'activité (T2A) est « *un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité, celle-ci étant définie par des épisodes de soins.* »⁴. Il s'agit donc d'une inversion dans la logique du financement. Au lieu que les recettes génèrent des dépenses permettant la réalisation de l'activité, c'est la réalisation de l'activité qui autorise la perception d'une recette couvrant la dépense engagée. L'établissement passe donc d'une logique budgétaire à une logique financière.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a exclu de cette réforme une catégorie juridique d'établissement, les hôpitaux locaux, ainsi que deux types d'activité jugées spécifiques et devant disposer d'un financement et d'une valorisation distincte : les activités relatives à la santé mentale et aux soins de suite et de réadaptation (SSR).

¹ Cour des Comptes, 2011, *La sécurité sociale*, Rapport sur l'application des LFSS, p 20, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Publications-RELFSS.html>

² <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/resultats-2010-du-regime-general-de-la-securite-sociale-des-depenses-mieux-contenues>

³ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

⁴ ZEYNEP OR et THOMAS RENAUD, Mars 2009, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'Hôpital (T2A) – Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères », DT n° 23, p3

Cette réforme a été appliquée de façon progressive, avec en 2004, 10% des recettes liées à l'activité, puis 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et enfin 100% en 2008.

Afin d'harmoniser le mode de gouvernance des établissements avec ce nouveau mode de financement, des réformes hospitalières ont été conduites en parallèle. L'ordonnance du 2 mai 2005⁵ a instauré la mise en place des pôles, les délégations de gestion et le remplacement du budget par l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), plus conforme à la réalité du nouveau mode de financement. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009⁶ constitue quant à elle une refonte de l'organisation interne des établissements, crée une nouvelle instance de régulation --l'Agence Régionale de Santé (ARS) -- et présente des nouveaux modes de coopération entre établissements. Cette loi entérine également la disparition de la catégorie juridique des hôpitaux locaux.

La catégorie juridique des hôpitaux locaux avait été créée par la loi n° 91-798 du 31 juillet 1991, en lieu et place des anciens hôpitaux ruraux. Ces établissements y étaient définis comme des établissements publics de santé conformément à l'alinéa un de l'article L 6 141-2 du Code de la Santé Publique. Ils avaient pour mission de dispenser des soins de courte durée en médecine, des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée, se situant ainsi à la croisée du sanitaire et du médico-social.

La suppression de la catégorie juridique des hôpitaux locaux oblige ces structures à repenser en profondeur leur place au sein du paysage sanitaire et médico-social. En créant dans le même temps la nouvelle catégorie juridique des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) « *le Parlement a suscité de fortes craintes liées à la possible disparition des hôpitaux locaux, qui seraient regroupés dans des structures à taille jugée plus critique* »⁷. La nouvelle Agence Régionale de Santé (ARS) issue de la loi HPST est spécialement chargée de mettre en œuvre la politique de redéfinition du maillage territorial. Les hôpitaux locaux, de par leur « *importance fondamentale en terme de maillage territorial* »⁸ sont donc très observés malgré la faiblesse des montants qu'ils représentent.

⁵ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁷ G. ZANTMAN, *Loi HPST, quel avenir pour les hôpitaux locaux ?* Mercredi 12 mai 2010, disponible sur internet : <http://www.connexite.fr/focus/201005126775-loi-hpst-quel-avenir-pour-hopitaux-locaux>

⁸ <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html#maintien>

L'application du financement par la T2A à ces structures, prévu pour 2012⁹ s'inscrit dans la logique d'intégration au cadre juridique des centres hospitaliers et suppose une mutation de ces structures afin qu'elles s'adaptent à ce nouveau cadre financier. Au-delà de la réforme technique, l'application du financement par le T2A implique pour ces structures une réorganisation stratégique et organisationnelle majeure.

Or l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire dispose en 2009¹⁰, d'une dotation annuelle de financement (DAF) supérieure de 64 847 euros aux recettes auxquelles il pourrait prétendre s'il était soumis à la T2A à 100%. Cette situation peu avantageuse laisse entrevoir des difficultés financières à venir.

Après avoir acté au 1^{er} janvier 2010 la fusion avec l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Rochefort-sur-Loire, l'établissement dispose d'une capacité de 28 lits sanitaires (10 de médecine et 18 de SSR), et 189 lits d'EHPAD, dont 49 lits sur le site distant de 10 km.

Compte tenu de ces capacités et des recettes issues de la T2A, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire apparaît perdant à la T2A. Dans ce contexte, ce mémoire s'attache à déterminer les actions pouvant permettre d'anticiper la réforme du financement par tarification à l'activité.

Pour mener à bien cette réflexion, la lecture de textes réglementaires, d'articles et de rapports publics, ainsi que la consultation de travaux en cours sur le sujet de la tarification à l'activité a été nécessaire.

Les données ainsi recueillies ont par ailleurs été enrichies par la conduite d'entretiens avec les acteurs concernés : la directrice de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire, la directrice de l'hôpital voisin de Saint-Georges-sur-Loire, mais également le responsable du département « Animation des politiques de territoire » de la délégation territoriale du

⁹ Article 48 de la Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 « Par dérogation à l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1er janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale. »

¹⁰ Données du compte de gestion 2009 de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire : Dotation annuelle de financement 2009= 2 189 854 €

Estimation des recettes en cas de T2A à 100% en 2009= 2 125 007 €

Maine et Loire de l'ARS Pays de la Loire et un inspecteur de la Direction de l'Accompagnement et des Soins de l'ARS Pays de la Loire.

Par ailleurs, la participation aux conférences¹¹ des professionnels de la santé et de l'autonomie, à Gérontexpo-Handicapexpo 2011, m'a permis de saisir l'importance des répercussions de ce processus sur l'organisation des Centres Hospitaliers ex Hôpitaux Locaux. Afin de pouvoir les différencier des Centres Hospitaliers déjà soumis à la T2A et ne pas rester sur leur ancien statut juridique, le choix a été fait de les appeler CH-ex-HL.

La présentation des modalités de financement actuelles et à venir des CH-ex-HL permet de disposer d'une vision d'ensemble et de mieux percevoir la nécessité d'anticipation de ces évolutions (I). L'étude de la stratégie mise en place par l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire permet de bien identifier les leviers dont dispose un établissement de cette taille et les difficultés dans leur mise en œuvre (II).

Les résultats de cette analyse permettent de présenter de nouvelles actions et préconisations qui permettraient à l'établissement de poursuivre son adaptation à ces réformes à venir (III).

¹¹ Conférence du 18 mai 2011- Les hôpitaux locaux, acteurs de la collaboration avec les professionnels de santé libéraux et les établissements médico-sociaux
Conférence du 19 mai 2011 - Réforme de la tarification et convergence dans les établissements et services médico-sociaux

1 Le financement des CH-ex-HL : d'une norme nationale à sa déclinaison locale

Afin de mieux percevoir la répercussion de l'application de la T2A sur les CH-ex-HL, une lecture d'ensemble des normes applicables à ces établissements en termes de financement s'impose. Nous allons donc présenter les modalités (1.1) puis les enjeux (1.2) du financement des établissements publics de santé, avec une mise en perspective des particularités propres aux CH-ex-HL. L'application de cette réforme suppose la mise en place de pré requis techniques et organisationnels bien identifiés (1.3).

1.1 Le cadre législatif et réglementaire

Jean-Yves BLANDEL, président de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux situe ainsi la place de l'hôpital local par rapport aux établissements médico-sociaux : « *La totalité des hôpitaux locaux comportent des EHPAD et plus de la moitié de nos 250 établissements disposent de places de SSIAD. L'hôpital local s'inscrit dans une articulation entre le sanitaire et la médico-social* »¹². Aussi, la présentation du financement des CH-ex-HL suppose d'intégrer au financement sanitaire (1.1.1) le financement des EHPAD (1.1.2).

1.1.1 La réforme de la tarification du champ sanitaire

Le financement du champ sanitaire comprend deux dispositifs principaux : la T2A pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) (A) et un mécanisme transitoire à la T2A pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) (B). En dehors des recettes liées à l'activité, il existe des mécanismes complémentaires de financement (C).

- A) Le principe de la T2A pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique

Les deux éléments communs à tout système de financement par la T2A sont la définition des Groupes Homogènes de Malades (GHM), qui « *identifient les différentes prestations*

¹² FHF, Interaction, le magazine de la FHF, *Edito*, Juin-Juillet 2011, n°3, P17

de soin offertes à un même profil de patient »¹³, et la « fixation des prix », valeur financière attribuée pour chaque GHM, cette valeur financière étant déterminée a priori.

Les groupes homogènes de malades sont un système permettant de classer chaque séjour dans une catégorie de séjours aux caractéristiques similaires, à partir d'un nombre limité de variables descriptives (pathologie, actes, comorbidité, âge, durée de séjour...). Ce système de classification s'inspire de celui du Diagnosis Related Group (DGR), utilisé aux Etats-Unis dès 1983 afin de déterminer combien l'assurance maladie paye aux établissements de santé.

La classification suppose de disposer pour chaque séjour de données normées, standardisées, qui justifieront de l'attribution du séjour dans un GHM. Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) permet de répondre à cette nécessité. L'obligation pour les établissements de « *mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge* »¹⁴ a été instaurée par la loi du 31 juillet 1991¹⁵ et mis en application par le décret du 27 juillet 1994¹⁶. Les informations administratives et médicales (diagnostics et actes) ainsi recueillies pour chaque séjour forment le résumé standard de sortie du séjour, lui-même composé d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale, selon que le patient a séjourné dans un ou plusieurs services de l'établissement.

Le département d'information médicale (DIM), cellule dédiée à la vérification des résumés standard de sortie de l'ensemble de l'établissement, est ensuite chargé d'anonymiser ces données. Une fois anonymisées, elles peuvent être transmises à l'autorité de tarification, l'ARS, par le biais d'une plateforme informatique. On parle de groupe homogène de séjour¹⁷ quand intervient la notion de valeur financière. « *Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins : pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité), et pour l'organisation de l'offre de soin (planification).* »¹⁸ Il s'agit donc ensuite de passer d'un mode de recueil de l'activité à un mode d'allocation des ressources.

¹³ OR Z. & RENAUD T., Mars 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital : Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères*, IRDES, DT n°23, p 3

¹⁴ Article L 6113-7 du Code de la Santé Publique

¹⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁶ Décret n°94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique

¹⁷ A un GHM correspond un ou plusieurs groupes homogènes de séjour.

¹⁸ *Pour comprendre les principes et l'historique du PMSI en MCO*, 14 mars 2011, disponible à l'adresse <http://www.atih.sante.fr>

L'attribution d'une valeur financière correspondant à un séjour suppose d'être en mesure d'estimer les dépenses engagées pour sa réalisation afin que la somme attribuée les couvre. Ce travail est réalisé dans le cadre de l'Etude Nationale des Coûts (ENC). Une quarantaine d'établissements de santé, disposant d'une comptabilité analytique permettant d'imputer les coûts par séjour participe à cette étude. De 1997 à 2003, le point ISA (Indicateur Synthétique d'Activité) est l'unité d'œuvre qui permet de mettre en relation les coûts de production de l'activité (GHM) avec le budget de l'établissement. Cette unité d'œuvre permet de classer les GHM par coût de production. L'Echelle nationale des coûts par GHM en points ISA qui en découle devient la référence sur le plan national. A partir de 2003, l'échelle nationale des coûts par GHM est produite en euros, afin de permettre son utilisation pour le financement des activités prises en charge par l'Assurance maladie. Les coûts de production ainsi estimés sont ensuite arrêtés et publiés au bulletin officiel du ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

La valeur du séjour intègre sa durée par le mécanisme de borne haute ou basse. Un séjour dont la durée est inférieure à ce qui pourrait être attendu voit son montant minoré. A l'inverse, un séjour dont la durée dépasse la durée moyenne attendue bénéficie d'un forfait pour chaque jour supplémentaire à la borne haute. Le montant ainsi attribué couvre les frais d'hôtellerie, sans que ce montant soit supérieur à ce que gagnerait l'établissement si le lit était occupé par un nouveau patient.

La fixation de ces tarifs sur la base de l'estimation du coût de production constitue également un instrument de régulation à la disposition du gouvernement, selon les objectifs de santé publique et d'économie qu'il s'est donné. Un tarif supérieur au coût de production incite les établissements à développer l'activité afin d'augmenter leurs recettes. A l'inverse, un tarif inférieur au coût de production les amène soit à réduire l'activité, soit à revoir leur organisation afin d'équilibrer l'activité. Ce sont les tarifs dits « repères ». Par ailleurs, une enveloppe globale est définie au niveau national, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. L'ensemble des dépenses de santé devant entrer dans cette enveloppe, la modification des tarifs est un moyen de limiter le surcoût lié à une augmentation globale du niveau d'activité. Ce sont les tarifs dits « bruts ». Cet instrument de régulation représente une incertitude pour la stratégie des établissements, pour qui le niveau de recette peut chuter à activité constante.

Après le financement des activités de médecine, nous allons étudier le financement des activités de SSR. Le financement des activités d'unités de soins de longue durée étant à identique au financement des EHPAD, nous le présenteront ultérieurement.

B) Le projet de T2A pour les activités de Soins de Suite et de Réadaptation

L'activité SSR nécessite une classification différente de celle du MCO. En effet, « *Les actes ne sont pas de même nature et la notion de dépendance prend toute sa valeur sur ces séjours prolongés* »¹⁹

A ce jour, l'ensemble des services de SSR des établissements de santé est financé par dotation annuelle de financement (DAF). Afin d'harmoniser le mode de financement des établissements et de prendre en compte les contraintes spécifiques au SSR, le gouvernement prépare un PMSI spécifique. Le PMSI-SSR a la particularité d'être une initiative française et non une transposition d'un modèle étranger comme l'est le PMSI-MCO. Le recueil des éléments nécessaires à la création d'un PMSI distinct du PMSI-MCO date du 1^{er} juillet 1998.

Les spécificités du PMSI-SSR sont les suivantes :

- « *Les résumés sont constitués par semaine calendaire, soit du lundi au dimanche* ». ²⁰

Un séjour comprend donc un ou plusieurs résumé hebdomadaire de sortie, selon la durée de son séjour. Le classement par semaine et non par séjour permet de répondre à la problématique de l'hétérogénéité des durées de séjour.

- « *Trois catégories de soignants concourent au recueil : les médecins (diagnostics et actes médicaux), les infirmières et aides-soignantes (score de dépendance) et les kinésithérapeutes (temps de rééducation)* »²¹. Ces données peuvent être également être complétées par des éléments apportés par l'assistante sociale, l'ergothérapeute ou la psychologue.

La traduction financière de ce PMSI-SSR est le dernier obstacle à lever afin de pouvoir appliquer la T2A au champ du SSR. Les travaux sur l'échelle nationale des coûts SSR débutés en 2001, suite à l'appel à projet lancé par le ministère auprès des établissements disposant d'une activité de SSR en 1999²² ont conduit à la généralisation du recueil de

¹⁹ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *L'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers*, Note d'accompagnement de l'Avis du 21 juillet 2004, disponible sur http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_hopital.pdf

²⁰ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, *Programme de médicalisation des systèmes d'information en Soins de suite et de réadaptation*, 7 décembre 2004, disponible sur <http://www.atih.sante.fr>

²¹ Ibid

²² Circulaire DH/PMSI n°99-620 du 09 novembre 1999 concernant l'appel à candidature relative à la constitution d'une base nationale de données médico-économiques dont la finalité est de

cette information en 2003²³ et à leur traduction en données de facturation en 2006²⁴. Des améliorations et précisions sont apportées régulièrement à ce recueil par différents arrêtés, le dernier datant du 30 juin 2011.

Lors de la redéfinition du SSR en 2008²⁵, un bilan a pu être réalisé des outils développés, le PMSI-SSR et l'ENC 2001. Afin de permettre un passage à la T2A pour le SSR en 2012, une refonte de la classification des actes de rééducation (CdARR) a été jugée nécessaire et une nouvelle échelle nationale des coûts, réalisée avec une méthodologie commune au secteur public et privé cette fois (Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune, ENCC) est en cours de réalisation. Celle-ci doit conduire à la révision du PMSI-SSR afin d'intégrer les résultats de l'ENCC.

Le schéma cible de financement définit pour 2012 repose sur quatre compartiments, dont le premier représente plus de 90% de la masse financière totale²⁶ :

- l'activité,
- les molécules onéreuses,
- les plateaux techniques spécialisés
- et les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)²⁷.

Une période de transition entre 2009 et 2012 permet l'application progressive de ce mode de financement. Les tarifs ne sont pas appliqués immédiatement mais une modulation de la DAF à hauteur de 2% en 2009, puis 5% en 2010 et 2011 en fonction d'un Indicateur de Valorisation d'Activité (IVA) correspondant à l'activité réalisée et valorisée par l'établissement. L'application de cette mesure est laissée à l'appréciation des agences régionales d'hospitalisation, puis des ARS en fonction des situations particulières afin d'accompagner si besoin les établissements en difficultés par cette réforme.

construire une échelle de coûts relatifs par groupes homogènes de journées (GHJ) permettant de valoriser les séjours réalisés dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR)

²³ Arrêté du 25 juin 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies au L6113-7 et L 6113-8 du code de la santé publique

²⁴ Arrêté du 22 novembre 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies au L6113-7 et L 6113-8 du code de la santé publique

²⁵ Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicable à l'activité de soins de suite et de réadaptation et décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

²⁶ Annexe VII de la circulaire n° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé

²⁷ Il convient de préciser les MIGAC et molécules onéreuses sont des éléments déjà pris en compte dans le cadre de la T2A-MCO.

Gérard Vincent, président de la fédération hospitalière de France, évoque au cours de la journée du 13 janvier 2011 organisée sur l'actualité et les enjeux du SSR, «*Il est prévu une montée en charge à partir de 2012, en commençant par les molécules onéreuses et les MIGAC. En 2013, le modèle s'étendra aux plateaux techniques et aux compartiments activité, avec une validation du périmètre définitif pour les molécules onéreuses.* ».

Le modèle T2A-SSR, outre les spécificités présentées dans le cadre du modèle de classification, intègre donc des « compartiments » supplémentaires, qui ne sont pas propres au SSR pour autant. En dehors du compartiment « plateaux techniques spécialisés », on retrouve les mécanismes de modulation concernant les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et les molécules onéreuses pour le financement de l'activité MCO également, dans un souci d'intégrer l'ensemble des paramètres de l'activité d'un établissement.

C) Les modulations de la T2A

Le passage à la T2A à 100% est modulé à la fois dans son principe par des financements complémentaires et dans le temps, par des mécanismes de transition visant à permettre aux établissements de se réorganiser. Le système de financement complémentaire est soit forfaitaire, soit sous forme d'enveloppe complémentaire. Il vise à prendre en compte les charges inhérentes aux missions de service public, à ce jour principalement réalisées par des établissements publics de santé²⁸. Cette notion n'est pas propre au système français.

Ainsi, les missions d'intérêt générales et d'aide à la contractualisation (MIGAC) sont une enveloppe complémentaire accordée en sus aux établissements sur la base d'activités dont on estime que la réalisation n'est pas compatible avec un mode de financement intégrant une notion d'équilibre ou de performance. Ces activités sont définies par un arrêté, régulièrement actualisé²⁹ et comprend les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation (MERRI), les Missions d'Intérêt Général (MIG) et les Aides à la Contractualisation (AC). Par ailleurs, les activités liées aux urgences par exemple, bénéficient d'un financement mixte : forfaitaire, pour couvrir les charges fixes et lié à l'activité pour les charges variables. D'autres dépenses sont prises en charge en sus, comme les dispositifs médicaux implantables ou les molécules onéreuses.

²⁸ La loi HPST du 21 juillet 2009 met fin à la notion de service public hospitalier pour le remplacer par celle de missions de service public, missions pouvant être attribuées à des structures de toute nature juridique dans des conditions définies (décret en attente de parution).

²⁹ Arrêté du 13 mars 2011 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale

Au-delà de ces mécanismes pérennes de financement complémentaires à la T2A, des mécanismes visant à donner aux établissements le temps de se préparer à ce changement sont mis en place :

- Dans un premier temps, la **dotation annuelle complémentaire** qui complète les recettes liées à l'activité sur la période de montée en charge de la T2A (2004 à 2008) devait permettre de moduler l'impact financier. Ce mécanisme appelé « convergence intra-sectorielle », soit propre au secteur public, a été détourné de sa fonction première puisque son montant n'a pas suivi les augmentations de tarif des GHS. L'augmentation de l'activité ou l'amélioration du recueil de cette activité dans les établissements a généré une augmentation des recettes liées à la T2A plus forte que prévu. L'enveloppe disponible pour le financement du système de santé étant contrainte, la dotation annuelle complémentaire a été réduite à proportion.
- En 2008, le passage à la T2A à 100% a été l'occasion d'appliquer au secteur public un mécanisme de transition dit **taux de conversion**. Si l'établissement était historiquement sur-doté, il dispose d'un taux supérieur à 1 et inversement. Tous les établissements doivent progressivement atteindre le coefficient 1 en 2012.

Le financement du champ sanitaire apparaît, malgré une simplification dans la présentation, assez complexe, et en constante évolution. Le secteur médico-social, malgré un modèle plus stable, est également concerné par d'importantes évolutions.

1.1.2 Le financement du secteur médico-social : vers un modèle de T2A

Comprendre l'environnement financier du champ médico-social suppose de comprendre le système actuel (A), mais également le projet de réforme en raison de l'imminence de son application (B).

A) Le système de financement des EHPAD

Les EHPAD ont un mode de financement appelé « **tarification ternaire** ». L'EHPAD est le domicile du résident. A ce titre, il offre à la fois les prestations relatives à la vie quotidienne : l'hébergement, l'alimentation, le ménage et autres frais associés. Ces dépenses sont couvertes par le biais du tarif dit « hébergement », à la charge des résidents. Le tarif « dépendance » couvre les aides humaines et matérielles liées à une incapacité, source de dépendance. Ce tarif est fixé par le département et est à la charge

de la personne accueillie, qui est en partie remboursée par le département sous la forme de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie. Enfin, quand l'établissement est médicalisé, il comprend un tarif « soin », financé par l'assurance maladie, sous forme de dotation globale ou partielle, intégrant ou non la pharmacie, selon les modalités définies au sein de la convention tripartite.

Ce mode de financement est fondé sur « *les coûts historiques des facteurs de production* »³⁰. Le tarif hébergement se calcule sur la base des frais autorisés liés à cette activité, divisé par le nombre de journées prévisionnelles. Le tarif dépendance se calcule en divisant le montant des charges liées à la dépendance par le nombre de points³¹ liés à la dépendance des personnes prise en charge.

Le secteur médico-social est également concerné par les objectifs de maîtrise des dépenses. A ce titre, la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 instaure la tarification à la ressource, « *proche dans son esprit de la tarification à l'activité mise en place dans le médico-social* »³².

B) Le projet de tarification à la ressource

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 a instauré une tarification à la ressource pour les EHPAD et les unités de soins de longue durée. La parution des décrets d'application est suspendue à la réforme de la dépendance, repoussée à 2012.

Le principe est cependant déjà en cours d'application pour ce qui concerne le **tarif soin** et est appelé convergence tarifaire. Le calcul de la dotation soin intègre le niveau de dépendance et les besoins en soins médico-techniques requis. Les points dépendance et soins obtenus sont additionnés et multipliés par une valeur en euros et par le nombre de lits, déterminant ainsi la dotation plafond. Si la dotation soin historique est supérieure à cette dotation plafond, l'établissement se trouve donc en convergence tarifaire et voit sa dotation annuellement réduite pour atteindre en 2016 la dotation plafond. Le projet de tarification à la ressource prévoit d'intégrer dans la dotation globale « soins » l'ensemble des dépenses afférentes aux soins (actes de radiologie, consultations de médecin...). Cela permet à l'assurance maladie de mieux contrôler son enveloppe nationale et oblige

³⁰ DESMARESCAUX S., 4 nov. 2009, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Sociales sur le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010*, Rapport n° 90, p 32

³¹ Calculés avec l'outil dit « grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) »

³² Ibid.

les établissements à des efforts de réduction de dépense puisque tout frais nouveau non inclus dans la dotation serait à la charge de l'établissement.

Le **calcul de la dotation dépendance** serait réalisé dans le même esprit que la dotation soin, à savoir un forfait global estimé sur le niveau de dépendance. A la différence du forfait soin, financé par l'Etat, pour lequel la valeur du point en euros est attribuée sur l'ensemble de la France, la valeur du point dépendance serait définie par département.

Le calcul du **tarif hébergement** restant identique, le risque de cette réforme est le transfert des charges non incluses dans la dotation soin ou dépendance sur le tarif hébergement. La réflexion sur les restes à charge des familles, dans le cadre du débat national sur la dépendance permettra peut-être d'envisager des mécanismes limitant ce dernier.

La tarification à la ressource représente donc pour les tarifs soin et dépendance la fin d'un calcul sur une base «historique» pour aller vers un calcul à l'activité. A présent que les modalités techniques de financement sont posées, les enjeux de cette réforme peuvent être présentés.

1.2 Les enjeux de la tarification à l'activité

La présentation des enjeux de la T2A (1.2.1) ainsi que l'exposé des motifs de la dérogation accordée aux CH-ex-HL permet de mieux comprendre les enjeux de son intégration à ce dispositif de financement (1.2.2).

1.2.1 A la recherche d'un mode de financement idéal

La présentation succincte de l'évolution des modes de financement hospitalier en introduction a montré que tout système a des avantages (A) et des inconvénients (B). La T2A n'échappe pas à ce principe.

A) Les avantages d'un financement lié au niveau d'activité

Zeynep OR et Thomas RENAUD ont identifié au cours de leur étude³³, trois avantages à la T2A.

- Le premier avantage identifié est de permettre davantage de **transparence** dans l'allocation des ressources. Les sommes ne sont pas accordées de manière arbitraire car ce mécanisme de financement permet de remonter à la source de ce qui est financé.

- Ce mode de financement répond également à un souci d'**équité**. La dotation globale antérieure à la T2A correspondant à un montant ayant un sens en 1984, mais son évolution mécanique ne permettait de prendre en compte les évolutions démographiques et le dynamisme des équipes que de manière marginale.

- Ce mécanisme vise enfin à développer une **notion d'efficience**. Les moyens étant limités, il s'agit d'inciter les établissements à les utiliser au mieux de façon à offrir le maximum de soin avec une même enveloppe, les établissements ayant intérêt à augmenter leur activité à moyens constants afin d'augmenter leurs recettes. La mise en place d'organisations performantes est recherchée. Les établissements peuvent donc répondre aux besoins de santé non couverts à leur propre initiative, les recettes venant financer toute nouvelle activité.

Cependant, comme dans tout système, des risques ou effets pervers de ce mécanisme ont pu être mis à jour.

B) Les risques d'effets pervers de la T2A

La T2A incite les établissements à développer leur activité afin d'augmenter leurs recettes. Pour autant, le niveau d'activité doit être concordant avec les besoins de santé du bassin de population. La multiplication des actes, s'ils ne sont pas utiles, conduit à un système inflationniste qui à terme coûte cher. Dans un communiqué juin du 17 juin 2010, la Fédération Hospitalière de France (FHF) propose une réflexion de fond sur la pertinence des actes. « *Cette mission doit incomber à l'Assurance-maladie et à la Haute autorité de santé (HAS), et doit permettre de rendre les bonnes pratiques opposables, afin de passer d'une **gestion purement quantitative et comptable** à une gestion qualitative et médicale de l'offre de soins.* »³⁴

³³ Or Z. & Renaud T., Mars 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité*, IRDES, DT n°23, p 5

³⁴ Communiqué de la FHF du 17 juin 2010, disponible à l'adresse suivante : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Presses/Communiqués/L-evaluation-de-la-pertinence-des-actes-doit-etre-engagée-sans-délai>

Un autre effet pervers conduit à procéder à une **sélection des patients**. Une enquête spécifique sur la précarité au sein de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune menée en 2008³⁵ a montré que ces patients généreraient une augmentation des durées de séjour de 16% en moyenne. Les établissements pourraient être tentés de prendre davantage en charge des patients ne générant pas de dépassement, rendant l'accès aux soins plus difficile aux personnes en situation de précarité. De même, certaines prises en charge sont plus rémunératrices que d'autres, pouvant inciter à développer l'activité rentable au détriment d'une activité qui le serait moins.

L'incitation à optimiser l'utilisation des lits par le respect d'une durée optimale de séjour (cf. la présentation du système borne haute/borne basse au 1.1.1.C) peut conduire soit à renvoyer à son domicile un patient qui ne serait pas totalement stabilisé, et donc augmenter le risque de ré hospitalisation, soit à **fractionner le séjour inutilement** pour bénéficier de deux séjours au lieu d'un.

Ainsi, la tarification à l'activité ne vise pas l'amélioration de la qualité. L'incitation à la réduction des coûts par séjour nécessite des contrepoids pour éviter les dérives. Les contrôles de l'Assurance maladie sur le codage constituent une réponse partielle. Le développement des démarches qualité et d'études qualitative des soins et prestations offerte par séjour apparaît comme une démarche indispensable.

« *Le vrai défi est de pouvoir lier le paiement au patient pour qu'il reçoive les soins adéquats dans le cadre le plus adapté.* »³⁶. Les problématiques présentées ici sont-elles transposables aux CH-ex-HL ? Pourquoi ces structures ont-elles bénéficié d'une dérogation aujourd'hui remise en question ?

1.2.2 Les CH-ex-HL au sein de la réforme

La décision de ne pas soumettre les CH-ex-HL à ce mode de financement a été prise dès la loi de financement de la sécurité sociale de 2003. La suppression de leur statut juridique avec la loi HPST du 21 juillet 2009 entraîne la fin automatique de cette dérogation particulière, par absence de cadre juridique pouvant le justifier (A). Afin d'éviter une application trop brusque, la loi de financement de la sécurité sociale a décidé de

³⁵YLMAS E. & RAYNAUD D., 2010, « Rapport sur l'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations court séjour », *Le Panorama des établissements de santé*, Edition 2010, p 29

³⁶ Or Z. & Renaud T., Mars 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité*, IRDES, p 6

maintenir le financement par dotation annuelle de fonctionnement jusqu'au 1^{er} janvier 2012 (B).

A) La fin d'une dérogation protectrice

Les motifs ayant conduit le gouvernement à accorder cette dérogation aux CH-ex-HL ont été exposés au cours de l'Assise des Hôpitaux locaux du 27 septembre 2008 par le Dr NAGARD. Il l'explique par:

« - la concentration de l'activité de médecine sur un nombre limité de GHM nécessitant de s'assurer au préalable de la correcte valorisation des GHM concernés (en particulier gériatriques),
- la petite taille des établissements peu favorable à la réalisation d'économies d'échelles,
- le manque d'outils de gestion et de compétences financières nécessaires à la mise en œuvre de la T2A,
- l'insuffisance de moyens nécessaires au recueil et à la transmission des données d'activité en vue du financement. »³⁷

Par ailleurs, les difficultés démographiques sont parfois évoquées, ainsi que la spécificité du fonctionnement des CH-ex-HL avec des médecins libéraux, moins disponibles pour s'investir dans la mise en place de cette réforme. Afin de répondre à ces préoccupations, des études ont été réalisées pour s'assurer que l'application de cette réforme ne serait pas contre-productive.

B) La préparation au plan national de la réforme pour les CH-ex-HL

Le rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité, réalisé par le ministère de la santé et des sports précise que des études sont en cours pour définir les pré-requis nécessaires, ainsi que sur les effets revenus générés par ce passage à la T2A. « L'objectif est de vérifier que le tarif moyen national permet bien à ces établissements de couvrir leurs charges »³⁸. Ces études n'ont pas fait l'objet de communication officielle à ce jour. Une étude réalisée par l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux portant sur la région Pays de Loire a permis d'évaluer l'impact de cette réforme. Cette étude montre que 12 CH-ex-HL sur 20 sont perdants au passage à la T2A. Pour autant, le mode de calcul n'intègre pas les recettes relatives au tiers payant et la qualité du codage, améliorable à activité constante, explique une partie de ce résultat. Si les établissements apparaissent

³⁷ <http://www.aghl.fr/assises2008cdrenaze/presentationmt2ahlhopitalexpomai2008.pps>

³⁸ Ministère de la santé et des sports, *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité*, p 19

majoritairement gagnant avec cette réforme dans la région, l'absence d'étude nationale peut interroger.

Au sein de la région Pays de la Loire, la Mission d'Appui Régionale à la Tarification A l'Activité (MARTAA) a entrepris des démarches auprès des CH-ex-HL afin de les accompagner dans leur diagnostic financier et leur prodiguer des conseils en vue afin d'améliorer leur codage et leur stratégie.

Une réflexion est également en cours, au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins afin d'étudier la possibilité de créer des MIGAC propres aux établissements en situation d'isolement territorial, notamment pour les établissements insulaires ou en zone de montagne. *« L'enjeu du passage à la T2A pour les ex-hôpitaux locaux va être, au-delà de l'exhaustivité et de la qualité du codage, d'identifier toutes leurs activités hors champs GHS (consultations externes, missions de service public...) pour émarger sur des financements complémentaires, notamment dans le champ MIG-AC. »*³⁹

Cette préparation nationale au passage à la T2A pour les CH-ex-HL doit naturellement se décliner concrètement au sein de chaque établissement. Pour se faire, il convient que chaque structure ait identifié les conditions de réussite de cette transition.

1.3 Les pré-requis au passage à la T2A

Malgré l'absence de communication ministérielle sur les résultats des études visant à identifier les pré-requis au passage à la T2A pour les CH-ex-HL, il est possible au regard de l'expérience des centres hospitaliers de déterminer quelques préalables communs à l'ensemble des structures. Ces préalables peuvent être classés en trois catégories : techniques (1.3.1), organisationnels (1.3.2) et un pré-requis opérationnel qui se traduit par la mise en place d'outils de gestion performants (1.3.3).

1.3.1 Les pré-requis techniques

La valorisation de l'activité réalisée passe par sa traçabilité dans le dossier de soin. La transcription écrite des soins dispensés en constitue la preuve. Une étude réalisée par un élève directeur de soin conduit au constat que *« La perception de l'importance de la*

³⁹ Entretien n° 5

valorisation des actes décroît avec le niveau hiérarchique des personnes interrogées»⁴⁰. La structuration des CH-ex-HL comporte peu de niveaux hiérarchiques. La sensibilisation sur ces questions de traçabilité repose donc essentiellement sur le directeur de l'établissement, le cadre de santé, le médecin coordinateur et le médecin DIM, qui doivent convaincre l'ensemble des personnels médicaux libéraux, infirmiers, de rééducation puis aides soignants de la nécessité de tracer l'ensemble des soins prodigués.

Ces informations doivent ensuite d'être informatisées afin de pouvoir être exploitées de façon automatisée et transmises au financeur. Le système d'information doit permettre le recueil des actes et des données de séjour. Le coût représenté par l'informatisation, tant en matériel, licences d'exploitation, maintenance et formation est important pour le budget de ces structures, mais il existe peu d'informations sur les modalités d'accompagnement des CH-ex-HL dans ce domaine et sur leur niveau d'informatisation. Une enquête réalisée en 2007 pour les assises de l'Association nationale de médecins généralistes d'Hôpital local réalisée auprès des 350 établissements a permis d'établir que 57% de ces structures disposaient d'un dossier patient informatisé.

1.3.2 Les pré-requis organisationnels

Une organisation interne ad hoc, avec la mise en place d'un département d'information médicale (A) et conçue depuis l'arrivée du patient à son départ à travers une chaîne de facturation performante (B) est indispensable.

A) Le Département d'Information Médicale

Une fois les éléments d'information à disposition, l'établissement doit veiller à ce qu'ils soient traduits sous une forme permettant la facturation. C'est l'étape du codage. Pour cela, l'établissement doit disposer d'un Département d'Information Médicale (DIM).

La circulaire du 6 janvier 1989 crée la fonction de DIM « *pour les établissements disposant d'au moins 200 lits de court séjour* »⁴¹. La circulaire n° 325 du 12 février 1990 prévoit une enveloppe dédiée au financement de la mise en place de ces structures, mais « *La constitution de départements ou services de l'information médicale (D.I.M. pour faire court) dans les hôpitaux les plus petits - de moins de 100 lits actifs par exemple n'est*

⁴⁰ MARQUET S, 2008, *La participation des soignants à la valorisation médico-économique des activités de soin : un enjeu managérial pour les directeurs des soins*, Mémoire de fin d'étude, p 17

⁴¹ Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l' informatisation des hôpitaux publics, p 6

évidemment pas interdite, mais elle devra se faire dans le cadre de votre enveloppe »⁴².
Là encore, peu de données sont disponibles sur l'accompagnement des CH-ex-HL autour de la structuration d'un DIM.

Le DIM est chargé du recueil d'information pour le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), il doit s'assurer de la qualité des données, veille à la confidentialité des données et gère les dossiers médicaux. Le DIM étant responsable de l'information médicale, ce rôle est occupé par un médecin formé à cet effet. Le médecin responsable du DIM se trouve donc à la charnière entre le médical et l'administratif. La qualité et l'exhaustivité du codage de l'activité réalisée permet de maximiser les recettes de l'établissement.

Ce recueil d'information doit pour se traduire en recette s'intégrer dans un dispositif plus large : le circuit de facturation.

B) L'optimisation du circuit de facturation

La chaîne de facturation et de recouvrement prend une place nouvelle dans une perspective de T2A. En effet, les recettes obtenues par l'établissement sont fonction de l'activité produite facturée à l'assurance maladie. Le délai de facturation, mais également sa qualité, jouent sur la trésorerie de l'établissement. L'optimisation et la réduction des délais de facturation permettent de diminuer le besoin de trésorerie. *« Une défaillance du processus de facturation dès l'étape d'enregistrement administratif aura un impact direct sur la trésorerie qui devra supporter le non recouvrement des titres rejetés. »*⁴³

L'amélioration de la qualité de la facturation limite le taux de rejet. Ces rejets de facturation engendrent trois inconvénients :

- un surcoût lié au temps consacré à la recherche de l'origine du rejet, à sa correction
- un besoin de trésorerie supplémentaire correspondant à l'accroissement du temps entre la dépense générée par la réalisation de l'acte et la perception de la recette visant à la couvrir
- un risque supplémentaire de créance irrécouvrable.

⁴² Circulaire n° 325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public

⁴³ BOUSSEMART S., 2008, *Rénover le processus de recouvrement/facturation en contexte de T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au Centre hospitalier de Nanterre*, EHESP, p 9

Dans cette perspective, les CH-ex-HL disposent d'un avantage par rapport aux structures de taille supérieure. Leur faible taille réduit le nombre de personnes intervenant sur la chaîne de facturation. Les risques de perte ou d'altération de l'information sont d'autant plus réduits que les circuits sont peu complexes et les lieux de recueils de l'information limités. La proximité et la centralisation favorise la réactivité. Ces avantages s'exprimeront d'autant plus que les CH-ex-HL auront mis en place un circuit de facturation sur la base d'un processus optimisé, identifié et souple de façon à lui permettre l'efficacité et la réactivité nécessaire.

Une fois l'établissement ayant mis en place les moyens techniques et organisationnels pour traduire son activité en recettes, il lui reste à développer les outils de gestion lui permettant un pilotage optimisé.

1.3.3 La mise en place d'outils de gestion performants

Afin de pouvoir rester acteur de son évolution, chaque établissement doit disposer de système d'information permettant de *« mieux connaître leur activité et leur coûts, d'analyser leurs écarts de coûts par rapport aux autres établissements et de piloter enfin des actions de correction de ces écarts »*⁴⁴

Le contrôle de gestion est un outil de management interne. Il peut se définir comme *« l'ensemble des dispositifs ou processus organisés, formalisés et permanents, choisis par l'encadrement et mis en œuvre par les opérationnels de tous niveaux pour maîtriser le fonctionnement de leurs activités en vue de fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation de leurs objectifs. »*⁴⁵

La mise en place du contrôle de gestion se traduit au sein des établissements publics de santé autour de deux dispositifs : la connaissance fine de l'activité et des coûts, par la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière (A) et l'élaboration de tableaux de bords de gestion (B).

A) La comptabilité analytique hospitalière

⁴⁴ Ministère de la jeunesse, de la santé et des sports, 2007, *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*, BO N°2007/6 bis, Préface p IX

⁴⁵ Direction générale des finances publiques, sept. 2010, *Guide de contrôle interne comptable et financier du secteur public local*, P 6

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) est une adaptation de la comptabilité analytique d'entreprise. C'est l'évolution du mode de financement qui a mis à jour sa nécessité, pour le ministère d'une part afin de disposer des éléments d'information nécessaires à une allocation des ressources plus juste et transparente, et pour les établissements afin de disposer d'outils pertinents d'aide à la décision. Elle permet en effet de disposer de données sur les coûts de production des activités, de coûts par séjours et d'éléments de comparaison avec des coûts de référence nationale (analyse globale des écarts de dotation budgétaire). Il s'agit de passer d'un classement des charges par nature (comptabilité générale) à un classement des charges par destination⁴⁶.

Le ministère dispose de deux instruments de comptabilité analytique : l'étude nationale des coûts et le retraitement comptable qui sont utilisés pour décider de l'allocation des ressources aux établissements de santé.

L'étude nationale des coûts a déjà été présentée (cf. 1.1.1. A). Cette étude s'inscrit aujourd'hui dans le cadre de l'Etude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) Cette méthodologie commune est « *une étape supplémentaire de la mesure analytique des coûts des établissements. Elle s'inscrit dans le prolongement des méthodologies des ENC publique et privée et prend en compte les spécificités liées au statut et au mode d'organisation des établissements. Les évolutions de la méthodologie, en gagnant en précision, vont contribuer à une amélioration de la mesure du coût des séjours.* »⁴⁷. En effet, le législateur a prévu un mécanisme de convergence des tarifs entre les deux secteurs « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* »⁴⁸

Le second instrument du ministère, le compte administratif retraité (ou retraitement comptable) représente le niveau de base de la CAH. C'est le seul outil obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé. Il doit permettre de distinguer les charges relatives aux activités de soin (MCO, SSR, Hospitalisation A Domicile (HAD), psychiatrie et urgences) et d'identifier des coûts des activités hors soins (médico-technique, logistique et gestion générale et logistique médicale). Son utilisation pour les modèles de tarification (MIG, T2A et SSR) et la comparaison des coûts entre établissements suppose une saisie rigoureuse et exhaustive.

⁴⁶ J. GROLIER, Y PERARD, P PEYRET, 2008, Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité, Ed. EHESP, p 9

⁴⁷ ATIH, Mai 2007, *Guide de l'Etude Nationale des coûts à méthodologie Commune MCO*, p 3

⁴⁸ Article 33 de la Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Les établissements peuvent aller plus loin que le retraitement comptable dans la mise en œuvre de leur comptabilité analytique, mais de façon facultative. Cependant, en 2010, la Direction Générale de l'Offre de Soins a missionné l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans le cadre du programme lancé par la DGOS pour la généralisation de la comptabilité analytique. « *Dans le cadre de cette réforme, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) devient, en effet, un instrument, mais aussi, un levier majeur dans la construction des nouvelles modalités de pilotage, de gouvernance et d'allocation des moyens.* »⁴⁹ Ces instruments sont donc voués à prendre une place majeure au sein du pilotage des établissements.

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) créée en 2003, fusionnée au sein de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et hospitalier en 2009, a joué un rôle dans l'accompagnement des établissements volontaires dans la mise en place de la comptabilité analytique. Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, diffusé en 1997 puis en 2004, constitue une autre source d'aide à l'élaboration de la CAH. Il présente les outils de comptabilité analytique hospitalière suivant : le tableau coût case mix et le compte de résultat analytique par pôle.

Le Tableau Coût Case Mix (TCCM) permet de comparer, par pôle ou type d'activité, les coûts générés pour la réalisation de cette activité à un pôle ou type d'activité de structure identique (soit à case-mix identique) fictif, mais pour lesquels les coûts de production des GHS correspondent à ceux de l'Etude nationale des coûts. Cela permet de comparer les moyens nécessaires à un établissement ou un pôle pour produire une activité et les comparer à la consommation de référence. La méthodologie de réalisation des TCCM est présentée dans le tome 1 du Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière.

Le compte de résultat analytique par pôle (CRÉA) correspond à la déclinaison au sein du pôle de ses recettes et de ses dépenses. Les dépenses intégrées dans ce calcul intègrent à la fois les charges directes et indirectes pour arriver à la production du coût complet. Il permet à chaque chef de pôle de disposer des outils lui permettant d'agir au niveau de son pôle, conformément à l'esprit de délégation de gestion issu de la réforme de la gouvernance de 2005.

Un outil supplémentaire est à la disposition des établissements afin de les accompagner et de les aider dans le développement de leur comptabilité analytique : la base d'Angers.

⁴⁹ SCHECHTER F. & DELNATTE J.C., Déc. 2010, *Pratiques de comptabilités analytiques en Etablissement de Santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissement de santé*, Rapport IGAS RM2010-172P, p 3

Le CHU d'Angers dispose d'une convention avec le ministère qui le charge de la gestion d'une base de données des coûts par activité, ainsi qu'une mission d'aide et de conseil à la mise en place de la comptabilité analytique. En 2009, sur les 209 établissements ayant participé à la base d'Angers, on comptait seulement 3 CH-ex-HL.⁵⁰

Tous ces outils nécessitent pour être mis en place la structuration d'une cellule de contrôle de gestion, comprenant du personnel qualifié et formé. Les règles sont complexes et supposent une bonne connaissance de la structure pour pouvoir être transcrite sur l'établissement de façon pertinente. C'est une des difficultés relevée par l'IGAS lors de son audit sur les pratiques de comptabilités analytiques en Etablissement de Santé. On comprend que cette difficulté est amplifiée pour les CH-ex-HL qui n'ont pas les moyens de disposer de personnel uniquement affecté à cette tâche.

Les outils de la comptabilité analytique n'apparaissent pas tous pertinents pour les CH-ex-HL, principalement le compte de résultat analytique. Ces établissements disposent en effet d'une activité sanitaire souvent réduite à un seul service ne rendant pas nécessaire l'existence de pôle.

Afin de compléter la présentation des outils du contrôle de gestion, il convient de préciser les modalités de fonctionnement du second dispositif : les tableaux de bord.

B) La mise en place d'indicateurs sous forme de tableaux de bord de gestion

Un tableau de bord de gestion est un échantillon réduit d'indicateurs permettant à un gestionnaire de suivre l'évolution des résultats, les écarts par rapport à des valeurs de référence (objectifs fixés, normes internes ou externes, références statistiques, etc.), le plus possible en temps réel, en se concentrant sur ceux qu'il considère comme les plus significatifs.

Le petit Robert définit l'indicateur comme « *variable ayant pour objet de mesurer ou apprécier un état, une évolution économique* »⁵¹. Les indicateurs doivent donc être choisis de façon à permettre à leur lecture la prise éventuelle de mesures correctives. Ces indicateurs sont à lire au regard d'indicateurs cibles, qui correspondant à l'objectif fixé, au but à atteindre.

⁵⁰ Document interne au CHU transmis sur demande

⁵¹ Mai 1993, Le nouveau petit Robert, dictionnaire de la langue française, les Dictionnaire le Robert, Paris,

Pour être pertinent, le tableau de bord doit être simple, facilement lisible et compréhensible. Leur faible nombre est un gage de suivi qui suppose en amont une réelle réflexion sur leur choix, leur pertinence et une définition consensuelle. La fréquence de son actualisation doit être suffisante pour permettre des ajustements et suppose une collecte organisée des informations le constituant. Le tableau de bord de gestion permet de faire des constats, mais doit pour prendre tout son sens permettre de garder le cap et donc ajuster la direction dès le constat d'un écart. Le tableau de bord doit être à la disposition du décideur et de l'acteur afin que son analyse se traduise par des mesures effectives. Le tableaux de bord de gestion est un outil interne. Il n'est donc pas possible d'en tracer l'historique. Pour autant, le développement de cette culture est à mettre en regard de l'évolution de la réglementation en la matière.

En effet, le législateur a introduit, à travers la démarche qualité, des normes et référentiels cibles. Les établissements se trouvent donc dans l'obligation de mesurer leur situation en regard de ces référentiels. La nécessité de s'auto évaluer, puis d'établir un plan d'action de correction comportant des objectifs d'amélioration (cible interne à l'établissement) pour enfin faire l'objet d'un « audit » externe participe grandement de l'introduction de la culture de tableaux de bord au sein du monde hospitalier. La lutte contre les infections nosocomiales⁵² est le support d'un des premiers tableaux de bord obligatoire en 2004.

Les CH-ex-HL sont concernés au même titre que les autres CH et dans un calendrier identique.

La présentation du cadre réglementaire du financement des établissements publics de santé et ses conséquences en terme d'organisation permet de comprendre l'ampleur du changement que cette réforme implique pour l'ensemble des établissements de santé, et a fortiori pour des structures hospitalières caractérisées par une petite capacité sanitaire, par une organisation médicale spécifique et des moyens à proportion.

⁵² Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

2 Les actions engagées par l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée

Le passage à la tarification à l'activité, représente, pour les CH-ex-HL, une réforme dont la réussite engage leur avenir. Les exigences opposées sont à la hauteur de leur intégration dans la catégorie juridique des centres hospitaliers. Sans pour autant bénéficier de moyens supplémentaires, les CH-ex-HL doivent réussir à trouver leur place dans ce nouvel environnement institutionnel. Comment ces structures qui conservent leurs caractéristiques propres de fonctionnement vont-elles pouvoir se réorganiser pour répondre à un tel défi ?

Dans ce contexte, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire met en œuvre une stratégie mobilisant d'importants moyens, et a déjà engagé de nombreuses actions pour être prêt au 1^{er} janvier 2012. Cette stratégie est présentée en suivant la feuille de route proposée par Michèle FITTE-DUVAL et Philippe MERLE dans leur article « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée »⁵³.

Avec une perte de recettes estimées à 64 847 euros en 2009 dans le cadre de la simulation au passage à la T2A à 100%, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire investit le champ de la connaissance et analyse de son activité (2.1) afin d'identifier les leviers facteurs de pérennité financière (2.2). La T2A, au-delà de ce bouleversement interne, oblige l'établissement à se positionner différemment sur son territoire (2.3).

2.1 Vers une connaissance fine de son activité et de son fonctionnement

L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire se prépare à cette réforme par la mise en place de l'ensemble des pré-requis présentés au 1.3. Les démarches engagées pour la mise en place des pré-requis techniques et organisationnel sont en passe d'aboutir au prix d'un investissement important (2.1.1), tandis que les travaux visant à développer des tableaux de bord de gestion ont permis de mettre à jour des difficultés qui risquent de se retrouver dans de nombreux CH-ex-HL (2.1.2).

⁵³ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, pp. 10-15

2.1.1 Des pré-requis techniques et organisationnels opérationnels

Bénéficiant de l'expérience de plusieurs années des établissements déjà sous T2A et d'une politique d'investissement éclairée, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire dispose d'un département d'information médicale opérationnel (A). La réflexion sur l'amélioration du circuit de facturation (B), nommé circuit médico-administratif au sein de la structure, a amélioré le flux d'information pour une meilleure réactivité.

A) La structuration d'un département d'information médicale

La traçabilité de l'information est assurée depuis longtemps sur l'établissement puisque le PMSI est renseigné depuis 1998 et transmis à l'ARH depuis 2004. L'établissement est totalement informatisé depuis la mise en place du dossier de soin informatisé en 2005 et a recruté un informaticien en 2010. A noter que l'EHPAD n'utilise le dossier de soin informatisé que pour la prescription des médicaments pour le moment.

L'établissement a formé deux agents aux fonctions de technicien d'information médicale (TIM) en 2009, dont la mission est de « *collecter et traiter des informations médicales concernant les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement* »⁵⁴ Cet investissement représente la somme de 16 500 euros pour l'établissement. Il s'agit du cadre de santé du service de médecine/SSR et de la secrétaire médicale du service. Ce choix de former deux personnes situées au cœur de l'information et de la décision s'avère pertinent au regard des nombreuses évolutions apportées depuis. Par ailleurs, l'établissement a recruté un médecin chargé de l'information médicale en 2010 à hauteur de 0,1 équivalent temps plein.

L'équipe DIM-TIM s'est inscrite à l'Association des Responsables de l'Information Médicale des Pays de la Loire (ARIMPL) afin de maintenir à jour son niveau de connaissance dans un environnement en constante évolution et pouvoir échanger avec l'ensemble des DIM sur les problèmes rencontrés.

Le codage est réalisé par l'équipe DIM-TIM sur la base des données renseignées dans le dossier médical, soumis pour validation au médecin responsable du patient. Une difficulté propre à l'hôpital local a été identifiée dans le cadre de la T2A. Les médecins qui interviennent auprès des patients sont majoritairement leur médecin traitant. Il s'en suit

⁵⁴ Portail des métiers de la santé, disponible à l'adresse suivante : http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/metiers-technicien_information_medicale-93.html

que les médecins n'ont pas l'habitude de rédiger de courrier de fin d'hospitalisation. En effet, ce document qui vise à informer, sous forme de transmission écrite, le collègue du déroulement de l'hospitalisation et du retour à domicile, ne fait pas sens s'il s'agit de la même personne qui rédige et reçoit ce courrier. Un vrai travail de fond est engagé par l'équipe DIM-TIM afin de sensibiliser l'équipe médicale sur cette question. En cas de contrôle de l'Assurance maladie, l'absence de cette pièce au dossier présente un risque de sanction financière.

L'équipe DIM-TIM, dans le cadre de son travail de structuration de la collecte de l'information médicale, a également participé activement à la démarche d'amélioration du circuit médico-administratif.

B) Les travaux d'amélioration du circuit médico-administratif

Sur le circuit médico-administratif, deux problématiques sont à considérer :

- l'enregistrement des données administratives du patient qui supposent le respect d'un circuit défini,
- une communication en temps réel pour tout changement de situation entre les équipes soignantes et administratives afin de disposer de données correctes pour pouvoir procéder à la facturation.

Concernant le circuit patient, la taille et l'implantation physique de la structure facilite les liens entre le secrétariat administratif, qui assure l'admission administrative et l'équipe soignante du service de médecine.SSR. Le service se situe à l'étage au dessus des bureaux administratifs. Les patients passent nécessairement devant la secrétaire qui peut procéder à tous les enregistrements d'ordre administratif. Cependant, il arrive que des patients montent directement, tout particulièrement quand ils sont accompagnés par des ambulances. La mise en place d'une procédure d'admission, avec un document que le patient remettrait à l'équipe soignante pour toute entrée est à l'étude afin de permettre à chacun de savoir ce qui a été réalisé dans les étapes d'admission. En l'absence de secrétariat, une procédure simplifiée d'accueil existe afin de permettre la réalisation de l'admission informatisée a minima par les équipes soignantes. La taille de la structure fait que les erreurs de saisie administrative sont rattrapées facilement, mais une démarche visant à les limiter est en cours. Par ailleurs, le changement de logiciel de facturation en 2009 a permis d'avoir une passerelle avec le logiciel de dossier de soin.

En dehors de l'enregistrement administratif du patient, les difficultés liées à la facturation concernent les prestations inter-établissements et le recueil des molécules onéreuses.

Les modalités de prise en charge financière des **prestations inter-établissements** occupent à ce jour une place centrale dans la mesure où l'hôpital ne dispose pas de plateau technique propre. Les demandes d'examens complémentaires se font à l'extérieur, auprès de cabinet de radiologie et de biologie privés, ou de cliniques et hôpitaux pour les consultations de spécialistes. Du point de vue organisationnel, un des problèmes est l'identification du demandeur de l'examen. Les résultats arrivent au cabinet du médecin libéral au lieu d'être envoyé à l'hôpital. La facture en revanche, est bien adressée à l'hôpital. L'absence de ces pièces au dossier médical est problématique pour la prise en charge, et le sera après le passage à la T2A pour la constitution du dossier de facturation. En l'absence de financement par tarification à l'activité, la dotation de l'établissement ne couvre pas nécessairement tous les frais liés aux demandes d'examens. En effet, la dotation n'intègre pas le dynamisme lié au développement de l'activité visant à préparer la réforme.

Parmi les prestations inter-établissements, il y a également les rendez-vous pris avant l'hospitalisation qui se déroulent au cours de celle-ci et qui de ce fait sont à la charge de l'établissement. Pour autant, n'ayant pas rapport avec l'hospitalisation, ils ne sont pas intégrés dans le tarif. A titre d'exemple, un rendez-vous chez l'ophtalmologue pris il y a six mois devra-t-il être annulé au début de l'hospitalisation s'il n'est pas possible de le faire entrer dans le cadre du séjour ? Les questions financières rencontrent ici l'éthique. Face à cette situation, la caisse d'assurance maladie d'Angers a accepté de prendre en charge ces prestations si le lien avec l'hospitalisation est avéré.

Un tableau de suivi des rendez-vous extérieurs, ainsi qu'un bon de consultation reprenant l'ensemble des éléments d'information nécessaire sont mis en place et suivis par la secrétaire médicale. Toute facture reçue est automatiquement adressée au service de médecine SSR afin de vérifier la réalité du rendez-vous et contester la facture immédiatement si besoin. Le chiffrage des économies réalisées par la mise en place de ce suivi n'a pu être réalisé, mais l'ensemble des factures liées à ces actes est à ce jour contrôlé de façon efficace.

Quant au **recueil des molécules onéreuses**, nécessaire pour pouvoir être facturé à l'assurance maladie, il n'était pas assuré par la pharmacie d'usage intérieur de l'établissement en raison de l'absence de logiciel spécifique. Son achat représente la somme de 2000 euros, ponctionnant une part importante des recettes attendues de ce

remboursement en sus. La mission MARTAA a apporté un élément d'information permettant de débloquer la situation. En effet, la simple communication d'un fichier Excel à l'ARS par le biais du lien spécifique FICHCOMP suffit. Aussi, afin de répondre à l'obligation de communication de ces données dès 2011⁵⁵, un suivi a été mis en place par la pharmacienne.

Il convient de préciser que les molécules onéreuses relatives à l'activité de médecine ne sont pas concernées pour un remboursement en sus en 2011 puisque l'établissement dispose d'une dotation globale censée les couvrir, contrairement à celles consommées dans le cadre de l'activité de SSR. Le dynamisme de l'activité a engendré un surcoût estimé à 20 000 euros par an, molécules onéreuses et médicaments chers non inscrits sur la liste des molécules onéreuses compris.

Le travail d'amélioration du circuit médico-administratif a permis d'affiner le niveau de connaissance sur les coûts évitables et d'avancer dans le recueil des informations permettant l'établissement de la facturation des produits en sus. Dans le même temps, un travail visant à développer des outils de gestion a été mené.

2.1.2 La difficile mise en place d'outils de gestion

La mise en place d'outils de gestion, à travers l'élaboration d'un tableau de bord de gestion (A) et l'amélioration de la comptabilité analytique de l'établissement (B) doit permettre d'initier un dialogue avec les services. Pour cela ils doivent être « *accessibles et appropriés* »⁵⁶.

A) Projet de développement de tableaux de bord

Le projet d'établissement prévoit au sein de son projet logistique et hôtelier de « *développer des tableaux de bords relatifs aux consommations par service, par typologie de spécialités pharmaceutiques et de dispositifs médicaux et aux suivis financiers (molécules onéreuses notamment dans le cadre de la T2A)* »⁵⁷

⁵⁵ Notice technique ATIH n°CIM-MR / ME – 1116-3-2010 du 30 décembre 2010

⁵⁶ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 10

⁵⁷ Projet d'établissement validé en janvier 2011 – p 28

La méthodologie retenue est la suivante :

- Réalisation d'un état des lieux de l'existant
- Analyse des points forts et faibles
- Définition avec les acteurs de la fréquence et de deux niveaux de suivi : un tableau de bord central avec quelques indicateurs à destination de la direction et un niveau plus détaillé, interne au service pouvant être sollicité en fonction des besoins de la direction et utilisé au sein du service dans son fonctionnement régulier.
- Définition d'indicateurs cibles
- Evaluation
- Plan d'action de correction

Cet état des lieux fait l'objet de l'annexe n° 1. Il permet de disposer d'une vision claire et exhaustive des données, avec une identification des indicateurs obligatoires. L'établissement dispose d'un nombre important de documents identifiés comme tableau de bord, manifestant une culture de gestion plutôt développée. Les indicateurs constituant les outils de pilotage et d'aide à la décision sont des indicateurs d'activité, de qualités, économiques et les indicateurs sociaux. La formalisation et la synthèse de ces indicateurs n'a pu être conduite à son terme. Néanmoins, cet état des lieux a permis d'identifier comme éléments pouvant faire l'objet d'améliorations :

- La charge de travail conduit le personnel à privilégier les travaux plus opérationnels et à suivre les tableaux de bord quand du temps reste disponible. Il s'en suit une irrégularité dans leur production, qui est davantage ponctuelle, à la demande de la direction et leur enlève une partie de leur fonction.
- Ces documents dépendent souvent pour leur réalisation d'une seule personne, le responsable du service. Ainsi, le départ à la mutation de la responsable blanchisserie a entraîné l'interruption du suivi du poids du linge pendant un an.
- L'insuffisante qualification informatique, notamment sur le logiciel Excel, amène certains opérateurs à investir un temps qui pourrait être optimisé pour produire des tableaux.

Ce travail demande à être poursuivi. Il s'articule avec le projet d'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière.

B) La mise en place de la comptabilité analytique hospitalière

a) Définition de l'objectif

Le seul document de comptabilité analytique obligatoire est le retraitement comptable mis en place par le ministère en vue de disposer des données nécessaires à l'allocation des ressources.

Afin de préciser et définir le projet, les outils d'aide à la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière (CAH) ont été étudiés puis analysés. L'ambition initiale était d'arriver à la mise en place d'un tableau coût case mix (TCCM). Pour mémoire, le TCCM vise à comparer les ressources consommées par l'établissement pour la production de son activité en le comparant aux ressources moyennes consommées par les établissements ayant participé à l'étude nationale des coûts. Cela permet d'identifier les points forts et les points faibles d'une organisation et mettre en œuvre un plan d'amélioration. Pour autant, ce projet a rapidement été revu à la baisse en raison de l'insuffisance des ressources techniques disponibles en interne. Les structures de taille similaire environnantes contactées ne se sont pas révélées des supports potentiels. Leur comptabilité analytique a paru analogue, voire moins développée. La décision de se concentrer sur l'amélioration du retraitement comptable a donc été retenue.

b) Présentation de la structuration de la comptabilité analytique

Il y a plusieurs niveaux qui constituent l'arbre analytique.

Le niveau I, qui correspond aux grandes fonctions. On distingue habituellement quatre fonctions :

- Gestion générale, logistique et formation
- Fonction médico-technique
- Fonction clinique
- Logistique médicale

Le niveau II du centre de responsabilité correspond au niveau du pôle, et pour un CH-ex-HL, au niveau du service. Il convient de disposer d'un seul responsable par centre de responsabilité.

Le niveau III est celui de la section d'analyse. Les sections d'analyses sont un compartiment d'affectation des charges et suppose généralement une homogénéité de

l'activité. Elles sont définies dans le guide de comptabilité analytique. Une section d'analyse ne peut être rattachée qu'à un seul centre de responsabilité.

Le niveau IV correspond à l'unité fonctionnelle. Il s'agit de la plus petite entité de l'hôpital, à partir de laquelle la collecte des informations peut être réalisée. L'unité fonctionnelle et la section d'analyse peuvent être confondues. Dans ce cas, l'unité fonctionnelle intègre activité et moyens.

L'ensemble de ces niveaux constitue le fichier commun de structure. Il est le squelette de la comptabilité analytique.

Les charges peuvent être attribuées directement à la production de l'activité et dans ce cas, leur imputation est aisée. Quand la charge est indirecte (exemple : coût du personnel administratif), il faut déterminer une modalité de ventilation, appelée « clé de répartition ». Le système d'affectation des charges et des recettes doit permettre d'obtenir à la fois les éléments nécessaires à l'élaboration du compte administratif retraité et à un niveau de détail plus fin, la comptabilité analytique, sans avoir à opérer de nouvelle saisie. Il s'agit de disposer d'un fichier commun de structure conforme à la réalité et exploitable pour ventiler les différentes charges conformément aux exigences du retraitement comptable.

c) De la théorie à la pratique

L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire dispose d'un fichier commun de structure plutôt détaillé. Il traduit correctement l'organisation de l'établissement. Il distingue les unités d'activité de l'établissement des unités transversales, prestataires de service.

Le compte administratif est réalisé mais ne comporte pas les données des services médico-techniques. Certaines charges ne sont pas imputées à la bonne section et des données d'activité sont manquantes (actes kinésithérapie par exemple).

La révision du fichier commun de structure (annexe n° 2) et l'élaboration d'un guide d'imputation comptable (annexe n° 3) conforme aux demandes du compte administratif retraité doit permettre de remplir le compte administratif retraité de façon plus aisée et exhaustive. Il reste à revoir la clé de répartition de ventilation du personnel.

Ce travail a conduit à des interrogations, dont une partie semble liée à la faible taille des CH-ex-HL (annexes n°4). Le manque de disponibilité des structures ressources externes n'a pas permis de lever ces interrogations. Des choix ont donc été faits sans assurance de leur pertinence. Le départ en retraite de l'attaché d'administration hospitalière en charge des finances introduit une rupture qui ne permettra pas de savoir si ces changements ont permis une amélioration dans la réalisation du compte administratif

retraité. Néanmoins, l'identification des difficultés rencontrées est une première étape vers leur résolution.

En parallèle à la mise en place des outils de gestion, l'établissement s'est investi dans une dynamique de maîtrise des dépenses et d'augmentation de ses recettes.

2.2 Assurer sa pérennité financière : une double action sur les dépenses et les recettes

Assurer la pérennité financière d'un établissement, c'est disposer d'une maîtrise des dépenses (2.2.1), mais également des recettes (2.2.2).

2.2.1 Vers une meilleure maîtrise de ses dépenses

La recherche de maîtrise des dépenses s'est concentrée dans un premier temps sur le poste de dépense le plus élevé : les dépenses de personnel (A), puis sur les achats de biens de consommation (B). A travers cette meilleure maîtrise des dépenses, c'est également une amélioration de la qualité qui est recherchée.

A) La révision du protocole de gestion du temps de travail

Actualiser l'accord local sur l'aménagement et la réduction du temps de travail est un des 10 points clés présenté par Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL. « [...] les situations de travail ont en réalité beaucoup évolué en dix ans. De plus, ces règles ont laissé des marges d'interprétation et d'application au sein des différents services (temps de repas, temps de pause, temps d'habillage et de déshabillage, temps de récupération,...). Dans certains hôpitaux de proximité, on observe qu'il existe désormais autant de « situations de travail » différentes que d'agents, chaque cadre ayant à peu près individualisé l'organisation de ses équipes avec des aménagements « à la carte ». »⁵⁸

⁵⁸ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 12

La révision du protocole de gestion du temps de travail entreprise par la direction est la conséquence des constats suivants :

- La nécessité de préciser et corriger le protocole de gestion du temps de travail rédigé suite au passage au 35h. Ce document apparaît incomplet et ne couvre pas avec suffisamment de précision l'ensemble des règles devant s'appliquer sur la structure.
- La nécessité d'une harmonisation dans l'application des règles. Cela peut être illustré par l'application du principe de roulement des congés d'été sur seulement trois services sur quatre.
- La recherche d'une amélioration de la qualité de la prise en charge, avec un effectif identique la semaine et le week-end.

La direction a entrepris une phase de négociation avec les représentants du personnel à travers les instances de représentation : le comité technique d'établissement principalement, ainsi que la commission médicale d'établissement et le conseil de surveillance d'autre part. Cette révision a fait l'objet de 7 réunions tout au long de l'année 2010 pour une validation finale le 17 décembre 2010.

La politique menée dans le cadre de cette réorganisation vise à revoir la trame de travail afin de disposer d'une organisation du travail stable dans le temps. La stabilité supposant une organisation précise et anticipée, il a été décidé d'intégrer sur une trame une grande partie des congés, en l'échange de quoi un pool de remplacement permet d'assurer les remplacements en cas d'arrêt maladie. Cette nouvelle organisation met fin au rappel sur congés, sauf circonstances particulières.

Le dimensionnement des effectifs est réalisé sur la base d'une estimation de la charge de travail. Le nombre de points dépendance par résident cumulés sur chaque service permet de définir la charge de travail du service et a servi de support au calcul du nombre d'agents à prévoir en poste par jour sur chaque service. Le cadre a défini en concertation avec les équipes l'organisation de travail la plus adaptée. Cet ajustement de l'équipe soignante sur la définition d'un effectif cible constitue un autre point clé mis en avant par Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL : « *Les effectifs des équipes médicales et soignantes restent encore trop souvent établies sur le fondement d'une notion « historique », héritée de la « Dotation globale », devenue obsolète en EPRD : le tableau des emplois « budgétés ».* »⁵⁹

⁵⁹ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 12

Les effectifs de remplacement étant auparavant intégrés dans les effectifs de fonctionnement, il a fallu au minimum sortir les moyens de remplacement des services où ils étaient affectés en fonctionnement régulier. Cette démarche permet ainsi de mutualiser ces moyens sur l'ensemble de la structure. La mutualisation d'un pool sur la structure participe de la mutualisation des fonctions transversales, nouveau point clé d'une gestion durablement équilibrée en T2A : « *Les hôpitaux de taille moyenne peuvent fortement gagner en efficacité (tant sur la qualité du service rendu, les conditions de travail des personnels, que sur le plan purement économique) en travaillant à recentrer les fonctions transversales les plus stratégiques. Il s'agit alors de mutualiser les moyens et les compétences au sein d'équipes centralisées, soit au niveau d'un pôle ou d'un plateau de soin [...], soit au niveau de l'ensemble de l'établissement (par exemple pour les ASH ou les brancardiers).* »⁶⁰

Etant donné la taille de la structure, le pool doit à la fois être soutenable financièrement et permettre d'assurer plusieurs remplacements de façon simultanée. Une expérimentation de deux équivalents temps plein (ETP) avec trois personnes est l'option retenue : un agent des services hospitaliers à temps plein et deux agents des services hospitaliers à mi-temps. Pour une meilleure maîtrise des dépenses, le pool étant géré par le service des ressources humaines.

Par ailleurs, la mise en application stricte de la règle du travail d'un week-end sur deux a conduit à limiter les besoins de remplacement sur cette période critique en interdisant la pose de congés sur le week-end, sauf pour celui se situant au cœur des trois semaines de congé d'été.

A ce jour, l'application de ce nouveau protocole de temps de travail ne permet pas de mesurer de gains effectifs en raison du conflit social qui s'en est suivi sur un service et qui a demandé la mise en place d'un dispositif transitoire. Néanmoins, les bases d'une gestion rigoureuse et transparente sont posées et pourront permettre à terme de mieux identifier les surcoûts de personnel liés au remplacement, avec un suivi de l'absentéisme non remplacé, ce qui n'était pas le cas précédemment, tout en disposant d'ores et déjà de règles de travail équitables et servant davantage la qualité de la prise en charge grâce au lissage de la trame de travail. Cette dynamique de meilleure maîtrise des dépenses dans un esprit d'amélioration de la qualité est appliquée à la politique d'achat.

⁶⁰ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 13

B) La mise en place d'une politique d'investissement

La politique d'investissement de l'établissement souffre d'une politique visant à réduire au minimum les achats liés à la structure de l'établissement. L'idée retenue a été d'économiser et d'épargner en vue de la reconstruction de l'établissement. La dotation aux amortissements et donc la capacité d'autofinancement de la structure sont, à ce jour, insuffisantes pour pouvoir envisager sereinement une reconstruction.

Par ailleurs, la politique achat liée au fonctionnement est mise en œuvre et centralisée par l'adjoint de direction et semble éloignée des consommateurs. Il n'existe pas à proprement parler d'analyse qualité à ce sujet bien que les besoins soient couverts de façon a priori satisfaisante.

Ces deux volets, politique investissement et politique achat, font l'objet d'une révision. Le premier volet ne demande pas de modification dans l'organisation, mais cette nouvelle politique rencontre des résistances. En effet, ce changement d'approche induit soit que la précédente politique était incorrecte, soit que c'est la nouvelle qui l'est. De fait, les agents ont du mal à adhérer à la nouvelle politique et le directeur doit veiller régulièrement au niveau des investissements.

Le second volet vise à décentraliser la démarche d'achat afin de responsabiliser les consommateurs et acheter au plus près du besoin. Un groupe d'acheteurs a ainsi été créé, rassemblant les principaux acheteurs de la structure. Une procédure d'achat est mise en place de façon à donner un cadre et un référentiel aux acheteurs. Le respect des procédures doit être assuré et les outils nécessaires à cette démarche développés. Les acheteurs ainsi identifiés vont disposer d'un budget cible et disposer d'une plus grande latitude dans leurs achats, sous réserve du respect de la procédure et des montants cibles. Une fois mise en œuvre, cette nouvelle démarche pourra servir de base à des fixations d'objectifs négociés. Pour être complète, la démarche devra faire l'objet d'une évaluation qualité auprès des consommateurs.

Ces deux actions visent ainsi à renforcer la structure financière de l'établissement et à encadrer les dépenses de fonctionnement relatives aux charges à caractère hôtelier.

Pour compléter ces actions, une réflexion autour du renforcement et de la dynamisation des recettes est menée.

2.2.2 Vers un renforcement et une diversification de ses recettes

La consolidation du niveau de recette passe autant par la recherche d'une activité dynamique et soutenue (A) que par l'exploration de nouvelles sources de recette (B).

A) Une stratégie de développement de l'activité

Un l'important travail est mené au quotidien par l'équipe du service de médecine SSR, sous l'impulsion notable de son cadre de santé et de l'équipe médicale. Le maintien de l'activité passe par une réactivité importante des équipes face aux demandes des établissements partenaires, par la valorisation du savoir-faire des équipes via la participation aux différents temps de rencontres (réseaux, formation, réunions extérieures...) et par une rigueur et une qualité dans la prise en charge sous tous ses aspects qui permet la confiance dans l'institution. Ce travail est tellement vaste que nous n'irons pas plus avant. Il constitue néanmoins le cœur de ce qui permet un niveau d'activité viable. La présentation de la politique menée afin de développer l'activité sous forme de nouvelles autorisations ne pouvait être menée sans avoir spécifié l'importance de ce travail de fond de tous les jours.

a) Réflexions autour du développement d'une activité d'hébergement temporaire

Adapter les capacités et les modes de prise en charge fait partie des points clés de réussite pour le passage à la T2A selon Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL : *« Une réflexion sur les modes de prise en charge doit également être menée. Paradoxalement, 90% des capacités d'accueil d'un hôpital de proximité sont encore consacrées à des hospitalisations complètes non programmées. Développer les capacités de prise en charge programmées, par exemple en hospitalisation ambulatoire (« hôpitaux de jour ») est une orientation particulièrement adaptée aux missions de soins de proximité »*⁶¹

L'établissement ne dispose pas à ce jour d'autorisation pour des lits d'hébergement temporaire. Pour autant, la conjonction des incitations des pouvoirs publics⁶² à développer

⁶¹ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 11

⁶² Plan Alzheimer 2008-2012, Plan solidarité-Grand âge 2006

cette activité et le projet de l'établissement de développer une filière gériatrique complète a conduit la direction à mener une étude d'opportunité. Il est rapidement apparu que la perte financière liée à un taux d'occupation inférieur en hébergement temporaire⁶³ par rapport à celui d'hébergement complet n'était pas couverte par l'application d'un tarif hébergement majoré⁶⁴.

La décision prise a donc été de ne pas procéder à la demande de reconnaissance de lits d'hébergement temporaire mais de mener une réflexion sur les modalités d'intégration de ce service supplémentaire au sein des lits d'hébergement complet.

b) Réflexion autour du développement d'une activité d'Hôpital de jour

Le dynamisme des équipes médicales a conduit à réfléchir à l'opportunité de développer une activité de bilan gériatrique permettant d'identifier un lit d'hôpital de jour sur la structure. L'activité déjà réalisée pouvant se greffer à celle d'un hôpital de jour en 2010 est de 17 séances de transfusion sanguine et d'une ponction d'ascite.

L'étude de la réglementation et des conditions de fonctionnement a permis de répondre positivement à la possibilité d'une organisation propre à un hôpital de jour, à moyen quasi-constant. Une infirmière en renfort trois jours par semaine peut être détachée sur l'activité d'hôpital de jour afin que l'activité dispose d'un personnel en propre. Par ailleurs, l'organisation logistique et matérielle pouvait être organisée conformément aux exigences propres à ce type d'activité.

Cependant, l'investissement médical nécessaire au développement de cette activité est apparu trop élevé au regard des contraintes des médecins libéraux, ayant par ailleurs un cabinet médical à gérer. Cela a conduit à suspendre le projet.

Par ailleurs, la stratégie de développement de l'activité s'est accompagnée de recherche de recettes nouvelles.

⁶³ Comparaison des taux d'occupation moyens sur le département des lits d'hébergements temporaires avec ceux d'hébergement complet

⁶⁴ Simulation effectuée sur la base d'une majoration de 3 euros par jour.

B) La recherche de recettes nouvelles

a) La facturation des chambres particulières

La facturation d'un tarif pour l'occupation de chambres particulières est une pratique qui s'est développée récemment dans de nombreux établissements publics de santé. Pratiqué depuis longtemps dans les établissements à but lucratif, cette politique peut être perçue comme un changement de l'offre publique de santé. Dans le même temps, le développement d'un parc hospitalier offrant davantage de confort par le biais de chambres individuelles représente un coût pour les structures, coût qu'elles ne peuvent supporter.

La difficulté principale vient de la décision d'appliquer cette mesure de façon à ne pénaliser aucun patient. Quand celui-ci ne dispose pas d'une mutuelle prenant en charge les suppléments pour chambre individuelle, qu'il ne souhaite pas nécessairement être en chambre individuelle et qu'il ne reste plus que ça, le supplément n'est tout simplement pas appliqué. C'est une façon de concilier l'égalité de tous à l'accès aux soins et la bonne tenue financière de la structure !

b) Le partenariat autour de l'activité d'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Le développement de l'activité d'hospitalisation à domicile en partenariat avec le groupe hospitalier Saint Augustin, et plus précisément sa filiale l'hôpital à domicile Saint Sauveur, est le fruit d'un long processus. Initialement, ce projet était porté par l'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire et devait être un nouveau service offert. Finalement, un compromis arbitré par l'ARS a conduit à accorder l'autorisation à l'HAD Saint Sauveur, et à lui proposer de s'appuyer pour son organisation logistique sur l'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire. Ainsi, une expérimentation autorise l'HAD Saint Sauveur à conserver sa Pharmacie à Usage Interne (PUI) tout en bénéficiant de la prestation de la PUI de Chalonnnes-sur-Loire. L'antenne HAD de Chalonnnes-sur-Loire de 20 lits d'HAD a ouvert en janvier 2010, avec en support logistique l'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire.

Au-delà de la dynamique partenariale, les annexes financières concluent à un accord sur la base de :

- la mise à disposition de locaux et du parking, charges comprises pour un montant de 17 252 euros par an,

- la prestation pharmaceutique, à moyens constants pour la PUI de Chalonnes-sur-Loire (hors consommables et reconditionnement facturés au coût réel) pour un montant de 26 796 euros par an,
- la mise à disposition de temps psychologue à hauteur de 0.15 ETP facturé au coût réel

Des clauses de réévaluation des tarifs ayant été prévues, ce projet devrait permettre une diminution des charges de personnel s'élevant à 27 000 euros et un gain net correspondant au montant de location hors charges, auquel il convient de soustraire le montant du loyer précédemment facturé, estimé à environ 10 000 euros.

c) Mise à disposition informaticien

Le partage du temps d'informaticien, a priori surdimensionné pour la structure, avec un établissement voisin à hauteur de 0,2 ETP permet à la fois d'inscrire l'établissement dans un partenariat et de dimensionner ses coûts à sa taille tout en offrant un temps de travail attractif. Il s'agit ainsi, au même titre que la dynamique de partenariat avec l'HAD d'optimiser les fonctions logistiques et techniques : « *Lorsque le choix d'assurer une fonction logistique en interne s'impose, il est cependant possible de « rentabiliser » ces activités, par exemple en devenant prestataire pour des structures externes, publiques ou privées.* »⁶⁵

La recherche de l'équilibre financier durable en T2A suppose également une réelle réflexion stratégique sur l'insertion de l'établissement sur son territoire.

2.3 Pour une dynamique partenariale et territoriale vivante

L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire s'est inscrit dans une dynamique sur le territoire, déjà entre-aperçue à travers les exemples de partage de personnel (informaticien et psychologue) et de réalisation de prestations pour des structures voisines (prestation pharmacie pour l'HAD notamment). Pour autant, l'avenir d'un CH-ex-HL suppose pour lui de savoir s'adapter rapidement aux évolutions de son environnement.

⁶⁵ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 14

2.3.1 Mutualiser les moyens au delà de l'établissement

A) A la recherche d'une taille critique ?

La reconfiguration des unités de soin recommandée par Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL est une mesure difficile à envisager⁶⁶ car elle suppose pour l'établissement de disposer d'une capacité suffisante pour pouvoir envisager une reconfiguration en interne. L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire, avec un service de médecine SSR de 28 lits est très proche des 30 lits présenté⁶⁷ comme la taille idéale pour une gestion optimale des ressources humaines.

Pour autant, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire, sous la pression des tutelles, étudié avec l'hôpital de Saint Georges-sur-Loire, disposant d'une autorisation de 15 lits de médecine et situé à environ cinq kilomètres, un projet de fusion depuis plus de dix ans. Suite aux dépôts de leur demande de reconstruction, les deux établissements ont reçu la visite de l'ARS Pays de Loire. Le message porté était que l'autorisation de reconstruction ne pouvait être donnée que si un réel travail de collaboration était mené. Le fait que l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire dispose d'un service de médecine-SSR de taille proche de l'optimal ne semble donc pas suffisant.

Il s'avère que la taille des CH-ex-HL n'est pas le seul point faisant l'objet de préconisation d'évolution. L'organisation des CH-ex-HL en lits indifférenciés de médecine et SSR apparait à l'ARS source d'inefficacité et celle-ci souhaite procéder à des restructurations afin d'y remédier. Cette particularité de ne pas disposer d'un service propre de médecine, distinct d'un service de SSR est perçu comme inefficace en raison du rythme « *moins soutenu* »⁶⁸ en SSR qui impacterait du coup l'activité de médecine. Le cadre de santé de Chalonnes-sur-Loire, technicien d'information médicale par ailleurs, veille à changer l'affectation du résident d'un lit de médecine en SSR et vice versa dès que les conditions requises sont réunies. Ces modifications d'affectation du résident, conformes aux textes, mais n'entraînant pas de transfert physique de lit permet d'en éviter une partie des coûts (ménage, brancardage...). Cette « polyvalence » des lits des services de médecins-SSR pourrait constituer davantage une opportunité financière pour les CH-ex-HL qu'un poids, si tant est que le rythme de travail est conforme aux besoins du patient. La question de la non performance de lits non dédiés médecine et SSR demande d'être approfondie.

⁶⁶ Ibid, p 11

⁶⁷ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 11

⁶⁸ Entretien n° 2

Le délégué régional de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux, a évoqué au cours de notre entretien⁶⁹ l'objectif de l'ARS Pays de Loire de disposer de structures de proximité disposant d'une taille minimale de 20 lits pour la médecine et 30 lits pour le SSR. Il note que la T2A peut, dans certains cas, permettre aux CH-ex-HL de se maintenir sur un territoire de par sa bonne santé financière, en opposition avec les projets de restructuration de l'ARS.

Par ailleurs, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire a fusionné en 2010 avec l'EHPAD de Rochefort. Cette fusion permet à la structure de croître en capacité et donc augmente les possibilités de mutualisation de moyens entre les deux sites. A ce jour, cette fusion a davantage permis au site distant de Rochefort de bénéficier du soutien logistique et technique de Chalonnes-sur-Loire et de moyens supplémentaires pour son fonctionnement. Pour autant, les perspectives de mutualisation de ressources humaines à travers le pool entre les deux structures par exemple, ou la centralisation des achats permettant des volumes plus favorables à la négociation est source d'efficience.

La restructuration de lits sanitaires et médico-sociaux apparaît comme un levier qu'il convient de ne pas négliger, mais dont la pertinence mérite d'être étudiée au cas par cas. Un autre levier que les CH-ex-HL peuvent utiliser et pour lequel ils sont soumis à des incitations est celui des coopérations.

- B) La coopération entre les structures pour une utilisation optimisée des moyens.

Communiquer et s'ouvrir sur l'extérieur est le dernier point clé de réussite pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée : « *Enfin, au moment de mettre en œuvre les dispositions de la loi HPST, les hôpitaux de proximité doivent saisir cette opportunité pour s'ouvrir sans crainte sur des coopérations de soins adaptées avec les établissements, publics ou privés, qui les entourent. Ils disposent désormais d'un cadre juridique développé (CHT, GCS, GCSMS, ...) de nature à favoriser ces rapprochements.* »⁷⁰

Conformément à cette recommandation, l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire participe à une étude financée par l'ARS Pays de Loire et visant à identifier la pertinence et les gains

⁶⁹ Entretien n°5

⁷⁰ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 15

identifiables à la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Ce GCS concerne la création d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) partagée entre deux CH-ex-HL, une maison d'accueil spécialisée associative et trois EHPAD du territoire. Les hypothèses formulées sont :

- les coûts liés aux consommations de dispositifs médicaux et médicaments sont plus élevés lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie d'officine qu'avec une PUI,
- le circuit du médicament se trouverait amélioré s'il était totalement internalisé.

Par ailleurs, le projet d'intégration des médicaments dans la dotation globale, à ce jour réexaminé suite à l'expérimentation menée en 2009 et 2010⁷¹, supposait des établissements une plus grande maîtrise de leurs coûts.

L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire disposant de l'autorisation de PUI, l'étude a visé à comparer les coûts actuels relatifs aux médicaments et dispositifs médicaux pour chaque structure avec les coûts qui seraient supportés par les établissements s'ils étaient délivrés par une PUI commune à l'ensemble des structures. Cette étude a été réalisée avec différentes hypothèses de répartition des coûts indirects afin que chaque établissement puisse projeter l'impact sur ses finances d'un tel projet. De nombreuses difficultés ont rendu la comparaison difficile, notamment la non-disponibilité des coûts des médicaments quand l'établissement n'est pas en dotation globale totale. La projection sur les coûts du transport ou de la permanence des soins a également fait l'objet de nombreuses discussions et débats.

Ce projet a conduit certains pharmaciens d'officine à proposer un renouvellement de leur partenariat avec de meilleures conditions, amenant une partie des établissements à se retirer du projet. L'étude a conclu à une amélioration de la qualité du circuit du médicament dans une majorité de cas, mais les gains en terme financier ne sont pas apparus clairement. Les établissements qui ne se sont pas retirés du projet ont décidé d'affiner davantage l'étude avant de prendre une décision.

Si les gains financiers ne sont pas toujours aussi élevés qu'attendus, la simple interrogation des organisations en place a cependant permis à des structures de disposer d'une meilleure coopération avec leurs pharmacies d'officine.

Au-delà des coopérations organiques, complexes à mettre en place, les coopérations fonctionnelles apparaissent comme un levier à la disposition des établissements et source d'optimisation de l'utilisation des moyens.

⁷¹ NAVES P. & DAHAN M., 2010, *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur*, Sept. 2010, IGAS, RM2010-133P, 100p

2.3.2 L'ouverture sur le territoire, une approche multifactorielle

L'ouverture d'un CH-ex-HL sur son territoire peut se faire sur la base de coopérations fonctionnelles avec d'autres structures : les réseaux et conventions en sont un exemple (A), mais également avec des personnes : comme l'illustre la réflexion menée sur la permanence des soins (B).

A) La coopération entre institutions

Communiquer et s'ouvrir sur l'extérieur, comme le suggère Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL dans leur article⁷² peut se réaliser de différentes manières. La participation aux réseaux permet aux établissements de bénéficier de ressources supplémentaires. En effet, le partage de documents est ainsi favorisé par le développement du réseau, des connaissances interpersonnelles. Ces réseaux représentent également une opportunité pour la structure de faire valoir ses compétences. L'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire a ainsi fait le choix de s'inscrire dans le réseau départemental qualité Aquares, au sein de l'association des EHPAD 49, au réseau de lutte contre les infections nosocomiales l'Angelin ou encore au réseau de Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs.

La coopération entre structures peut également se formaliser par la signature de conventions. Ces conventions visent notamment à fluidifier le parcours du patient. La durée de séjour étant l'un des principaux indicateurs du coût du séjour, les CH-ex-HL ont avec la T2A, intérêt à soigner la fluidité de ce parcours. Les conventions favorisant cette fluidité doivent être envisagées avec les structures sanitaires pourvoyeuses d'activité, qui ont elles-mêmes besoin d'assurer leurs propres besoins en termes de fluidité dans leur prise en charge. Les EHPAD sont un autre partenaire clé de la fluidité du parcours de soin. Une convention avec eux permet de favoriser les hospitalisations directes chaque fois que possible et de diminuer la durée de séjour par un retour en EHPAD dès la fin de la plus-value de l'hospitalisation. Ce travail de partenariat basé sur l'intérêt mutuel est d'autant plus essentiel que l'engorgement et la pression sur les lits d'aval risquent d'augmenter avec le passage à la T2A des CH-ex-HL, mais également des services de

⁷² MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 15

SSR. L'hôpital de Chalonnes-sur-Loire dispose d'ores et déjà de 7 conventions⁷³ visant ou favorisant la fluidité du parcours du patient.

Enfin, nous pouvons évoquer la mise en place de l'outil « trajectoire », support informatique visant à recenser en temps réel l'ensemble des lits de SSR disponibles et à diffuser électroniquement la demande de transfert à l'ensemble des structures simultanément. Ce développement doit apporter davantage de fluidité. Il a été déployé en juin 2011 en Pays de la Loire et son efficacité ne peut à ce jour être mesurée.

B) La coopération avec le secteur libéral

La fluidité du parcours du patient et le niveau d'activité d'un CH-ex-HL dépend tout particulièrement des médecins libéraux. Leur niveau d'investissement au sein de la structure est essentiel. Au-delà des relations classiques entre les médecins libéraux intervenant dans l'hôpital et ce dernier, un partenariat s'est développé sur Chalonnes-sur-Loire autour du projet de redéfinition de la permanence des soins de ville. Lors de la mise en place d'un centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS), l'établissement a accepté de l'adosser à l'hôpital, permettant aux médecins de bénéficier du soutien administratif, logistique et technique de l'établissement.

Ce partenariat a permis à l'établissement d'être associé de façon étroite à la redéfinition de la permanence de soins hospitaliers, celle-ci étant liée à la permanence des soins de ville car reposant sur les mêmes ressources humaines. La redéfinition du dispositif de la permanence des soins, en particulier médicale, est présentée par Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL comme un point sensible d'une gestion durablement équilibrée.

A présent, nous allons présenter des axes d'amélioration identifiés au cours de l'étude de la politique développée par l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire afin de maintenir un niveau d'équilibre financier au passage à la T2A.

⁷³ Conventions avec le centre Paul Papin, le centre régional de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, la clinique de l'Anjou, l'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers et l'hôpital à domicile Saint Sauveur

3 Les actions pouvant concourir au succès du passage à la T2A

Les démarches entreprises sur l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire s'inscrivent complètement dans une stratégie de réussite au passage à la tarification à l'activité. L'anticipation sur les pré-requis techniques et organisationnels identifiés permet à l'établissement de répondre à ce défi. La projection financière montre l'établissement gagnant en 2010 de 141 126 euros⁷⁴. Pour autant, la directrice exprime des réserves sur l'avenir de l'établissement face à cette réforme en spécifiant bien que « *l'établissement est gagnant aujourd'hui, avec son activité de l'année 2010 et les règles de 2010* »⁷⁵. L'incertitude qui pèse sur les tarifs, les aléas sur les mouvements de personnel « clés » qui peuvent déstabiliser une structure ou encore les facteurs exogènes (restructurations sur le territoire, disponibilité de lits d'aval...) obligent un CH-ex-HL, même gagnant au passage à la T2A, à faire preuve de prudence.

La mise en place d'une politique de traçabilité, de recueil et de codage de l'activité médicale et soignante, s'appuyant sur un réseau informatique performant et actualisé (logiciel, paramétrage) apparaît comme une condition sine qua non de réussite au passage à la T2A. Pour autant, assurer la pérennité des CH-ex-HL suite à cette réforme induit des transformations plus profondes. La poursuite du développement d'outils de gestion (3.1) apparaît nécessaire. Il demande un réel investissement au niveau national afin d'intégrer les ex-HL au sein de la catégorie des CH (3.2). Les CH-ex-HL doivent par ailleurs repenser leur place sur le territoire (3.3).

3.1 Poursuivre le développement d'outils de gestion

La nécessité de disposer d'outils de gestion performants apparaît au regard du développement de la comptabilité analytique hospitalière dans les centres hospitaliers déjà soumis à la T2A. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur les pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé⁷⁶ illustre la place cruciale de ces outils de gestion. Pour une mise en place effective en CH-ex-HL, la démarche doit être progressive (3.1.1). Elle demande le recrutement de personnel dédié et qualifié (3.1.2), quitte à envisager un recrutement mutualisé (3.1.3).

⁷⁴ Recettes T2A estimées en 2010 de 2 320 436 euros et DAF de 2 179 310 euros

⁷⁵ Entretien n° 3

⁷⁶ SCHECHTER F. & DELNATTE J.C., Déc. 2010, *Pratiques de comptabilités analytiques en Etablissement de Santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissement de santé*, Rapport IGAS RM2010-172P,

3.1.1 Favoriser une comptabilité analytique hospitalière adaptée aux CH-ex-HL

La faible avancée des travaux de développement de la CAH menés sur l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire s'explique par trois raisons : la difficulté d'appropriation des mécanismes plutôt complexes de la comptabilité analytique, l'insuffisance de temps disponible au regard de l'ensemble des tâches qui reposent sur le responsable des finances et le manque de ressources extérieures pour répondre aux questions et permettre de valider la démarche.

Un projet comportant des **objectifs plus petits, plus simples, mais plus adaptés** aurait permis une avancée plus grande. La mise en place de la comptabilité analytique nécessite un suivi sur plusieurs exercices. Le compte administratif retraité 2012 devrait permettre de mesurer les apports du nouveau fichier commun de structure et du guide d'imputation comptable mis en place au premier semestre 2011. En ce qui concerne les tableaux de bord, se concentrer sur la mise en place d'indicateurs simples aurait permis d'amorcer une réelle dynamique. A titre d'exemple, l'indicateur de la durée de séjour des patients fait l'objet d'une discussion. Le chiffre obtenu n'est pas le même selon qu'il est calculé par l'agent chargé des admissions ou par les données renseignées dans le dossier de soins. Un travail d'affinement des modes de calculs des indicateurs déjà existants et de formalisation est une première étape à respecter.

Cette préconisation, bien qu'évidente, n'a pas été appliquée au cours de ce travail. J'en retire beaucoup pour l'exercice de mes futures fonctions. Je constate par ailleurs que cette préconisation avait déjà été faite par Philippe MERLE et Michèle FITTE-DUVAL : « [...] *les hôpitaux de proximité peuvent utiliser des outils et des raisonnements simples afin de définir, et de suivre des prévisions d'activité et de recettes précises et fiables, élément central d'une gestion économique et financière adaptée aux exigences de la T2A et de l'EPRD.* »⁷⁷

Au-delà du besoin d'outils adaptés, la nécessité de disposer de compétences stables en interne est également apparue.

⁷⁷ MERLE P. & FITTE-DUVAL M., 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances hospitalières, La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux*, N°46, Avril 2011, p 15

3.1.2 Développer les compétences au sein des établissements

La nécessité de disposer de compétences spécifiques au sein de l'équipe administrative apparaît à la lecture du guide méthodologique de la comptabilité analytique hospitalière⁷⁸. La mise en place de tableaux de bord financiers est complexe. L'établissement a investi dans la formation d'un technicien d'information médicale et d'un médecin responsable de l'information médicale. Au même titre, la production de tableaux de bord de gestion demande que l'établissement investisse dans la **formation de contrôle de gestion** afin de disposer en interne d'un niveau de qualification suffisant. Le responsable des finances doit disposer de compétences en matière de comptabilité analytique et de contrôle de gestion de façon à pouvoir réellement piloter la politique d'analyse économique, disposer d'une méthodologie permettant de rendre les outils opérationnels et prospectifs.

L'investissement d'un établissement dans ce type de formation suppose à la fois de disposer d'un personnel motivé et dont une partie du temps peut effectivement être consacrée au développement de ces outils de contrôle de gestion. Quand le personnel présent en interne ne permet pas une spécialisation vers la fonction contrôleur de gestion, les CH-ex-HL sont amenés à identifier un emploi nouveau dédié à cette activité. Le **recrutement d'un contrôleur de gestion** est une nécessité qui est apparue avec la mise en place de la T2A dans les centres hospitaliers. Les CH-ex-HL devront également intégrer cette nécessité. Les CH-ex-HL les plus investis sur ces questions l'ont déjà ressenti. En effet, l'un des trois CH-ex-HL ayant décidé de participer à la base d'Angers vient de publier une annonce afin de procéder au recrutement d'un contrôleur de gestion.

Le coût de ces formations ou recrutements n'est pas toujours supportable par l'établissement. Des coopérations peuvent être envisagées afin de les limiter.

3.1.3 Mutualiser des moyens, par un recrutement partagé

Les sommes nécessaires à l'acquisition de compétences de contrôle de gestion peuvent être obtenues par une augmentation des recettes liées à la T2A, ou par une négociation avec l'ARS dans le cadre de l'aide à la contractualisation. Il n'existe pas à ce jour de MIG permettant de financer ce type de poste. Face à cette incertitude, une alternative serait la mutualisation du financement d'un poste de **contrôleur de gestion partagé** entre plusieurs CH-ex-HL. Cette solution comporte cependant un point sensible. Un tel poste suppose une relation de confiance entre les établissements recruteurs. Ce partenariat les

⁷⁸ Op. cit.

amène à un partage éventuel de leurs données et outils. Les établissements sont dans une situation de concurrence de fait avec le financement par la T2A et la coopération visée par le législateur peut s'en trouver limitée ou freinée. Néanmoins, l'intérêt mutuel peut conduire les établissements à envisager cette solution.

Par ailleurs, face à l'absence de réponse des structures de références, débordées et préoccupés par d'autres enjeux, il apparaît pertinent d'identifier des **structures ressources, de taille similaire**, en avance dans la mise en place des outils de gestion. Le développement d'un partenariat avec des structures confrontées aux mêmes interrogations et doutes et partageant le même objectif, aurait certainement permis d'obtenir les réponses, ou du moins, de disposer de davantage d'éléments pour des décisions plus éclairées. Cela ne libère pas de temps supplémentaire pour se consacrer à cette activité, mais permet plus aisément un partage de connaissances entre établissements sur des territoires trop éloignés pour être en concurrence.

Au-delà de ces mesures, la réussite du passage à la T2A pour les CH-ex-HL suppose un accompagnement des tutelles à la hauteur des enjeux.

3.2 Donner les moyens aux CH-ex-HL de réussir cette réforme

Si l'activité de médecine des CH-ex-HL représente seulement 1% des séjours, les 299 CH-ex-HL recensés en 2009 représentent un tiers des établissements publics de santé⁷⁹. Leur place dans le maillage territorial justifie un accompagnement de qualité pour les amener à l'équilibre financier en T2A. Parmi les préconisations qui nécessitent un accompagnement des tutelles, une meilleure communication sur les outils existants (3.2.1), la création d'un réseau spécifique d'accompagnement (3.2.2) et le développement de missions ad hoc s'appuyant sur des structures ayant fait leurs preuves (3.2.3) permettraient de répondre aux attentes des structures les plus dynamiques.

3.2.1 Mieux communiquer sur les ressources existantes

Bien que n'étant qu'un outil de gestion parmi d'autres, la base d'Angers offre de nombreuses possibilités, souvent méconnues. La base d'Angers offre la possibilité de bénéficier de l'assistance technique du CHU d'Angers pour la mise en œuvre de la comptabilité analytique. Favoriser la participation à la base d'Angers, c'est augmenter le

⁷⁹ Dossier Hospimédia du 29 juillet 2011, *Face à des changements majeurs, les hôpitaux locaux se mettent en marche*, disponible sur le site <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers>

nombre de CH-ex-HL qui développent une CAH. La mission de conseil pour la mise en place de la T2A, pour être efficace, suppose cependant que les experts d'Angers disposent d'un temps d'approfondissement de leurs connaissances sur les CH-ex-HL afin d'apporter des réponses appropriées.

Participer à la base d'Angers suppose de remplir au moins 4 fiches sur les 37 existantes. Le dédommagement financier à hauteur de 25 000 euros permet juste de couvrir les frais que cette participation engage. Cependant, l'accompagnement personnalisé offert et par les moyens financiers sont générés vont dans le sens recherché d'implication et de sensibilisation autour des outils de gestion. Pour être efficace et réellement opérationnel, le CHU d'Angers doit disposer des ressources humaines suffisantes pour répondre aux missions qui lui sont attribuées. Les tentatives de sollicitation ont en effet été infructueuses au cours de ce travail à l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire.

La participation à la base d'Angers permet également d'entrer dans un réseau de partage d'informations, réseau qui peut prendre une autre forme.

3.2.2 Créer un réseau dédié pour le partage d'informations

De nombreuses structures disposent d'un haut niveau de compétence dans le domaine du contrôle de gestion hospitalier. Les centres hospitaliers commencent à avoir du recul et à capitaliser des années de développement de leur comptabilité analytique. Ces savoirs pourraient être davantage partagés avec les CH-ex-HL. La création d'une **plateforme informatique** pilotée par des spécialistes de la CAH pourrait permettre aux CH-ex-HL de disposer d'un lieu interactif d'échange sur lequel les réponses apportées seraient conformes aux questions et attentes spécifiques de ces établissements

Par ailleurs, l'accompagnement des CH-ex-HL peut se penser au niveau régional ou national par la **création d'experts mis à la disposition des établissements**. Financés par l'ARS ou le ministère, ils permettraient aux structures d'initier ces démarches avec la sérénité et la pertinence nécessaire. La limite de cette préconisation est évidemment son coût. Pour autant, si la volonté du gouvernement est de maintenir un maillage territoriale satisfaisant au regard de l'accessibilité des services publics, le maintien de lits de médecine et de SSR dans ces structures par un accompagnement de qualité est pertinent. Si avec cet accompagnement, les CH-ex-HL fonctionnent en T2A dans une

situation d'équilibre, cela signifie que le service rendu n'y est pas plus onéreux que dans une autre structure de taille supérieure.

La création d'un réseau de partage d'informations peut aussi s'envisager sans pour autant créer un nouveau dispositif.

3.2.3 S'appuyer sur les structures existantes

Le partage d'informations est rendu possible par l'**existence de réseaux ou d'associations**, comme l'Association des Responsables de l'Information Médicale des Pays de la Loire (ARIMPL) à laquelle fait parti la cellule DIM-TIM de Chalonnes. S'inscrire dans ce type de réseau est une première action de maintien à niveau des connaissances de la réglementation très évolutives dans ce domaine

Le développement de la CAH a fait l'objet d'un accompagnement politique fort. De nombreux moyens ont été développés, notamment la création de la Mission nationale d'Expertise et Audit Hospitaliers (MEAH) en 2003, qui visait entre autre la promotion de l'efficacité économique, afin d'accompagner les centres hospitaliers dans la réforme de leur financement. La même logique doit être déployée pour les CH-ex-HL car ils n'ont pu à l'époque s'inscrire dans les dispositifs existants. La création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), fusion de trois institutions, dont la MEAH, pourrait être un outil efficace et pertinent pour l'accompagnement des CH-ex-HL. Pour autant, la lecture de leur programme de travail montre que ce volet n'est intégré qu'indirectement, alors que **l'ANAP pourrait être support d'un dispositif efficace d'accompagnement.**

Le dispositif expérimental MARTAA, en Pays de la Loire, s'inscrit dans la dynamique constructive et nécessaire d'accompagnement des CH-ex-HL pour un passage réussi à la T2A. En proposant des **actions de formations spécifiques** aux CH-ex-HL et un accompagnement au développement du contrôle de gestion, la mission MARTAA répond à un besoin identifié sur la région. En effet, le nombre plus important que la moyenne de CH-ex-HL sur le territoire rend nécessaire d'y consacrer davantage de moyens. Dans la continuité des actions menées en 2009 et 2010, elle « [...] *propose aussi un accompagnement de proximité par le biais d'une cellule de contrôle de gestion mutualisée pour des établissements volontaires, les plus petites structures ne pouvant mettre seule en place une comptabilité analytique. L'objectif de cette "cellule" sera de fournir un suivi de l'activité, d'engager une démarche qualité comptable ou encore d'aider à l'adaptation*

des systèmes d'information. Ce plan d'accompagnement devra encore être complètement validé par l'ARS des Pays de la Loire avant d'être opérationnel. »⁸⁰ Si la disponibilité de la mission MARTAA au cours du travail mené par l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire sur 2010 n'a pas toujours été à la hauteur des attentes, ce dispositif répond pleinement aux attentes des établissements. Le doter des moyens de fonctionner et envisager d'en généraliser l'application à d'autres régions, voire au niveau national, s'inscrit dans l'ensemble des préconisations précédemment effectuées.

Si la T2A oblige les structures à un important travail de réorganisation interne, la dynamique de réussite suppose une implantation territoriale fluide et dynamique.

3.3 Repenser la place de l'hôpital sur le territoire

Repenser la place de l'hôpital sur le territoire peut se traduire par le développement d'une approche constructive des reconstitutions hospitalières (3.3.1), par la poursuite d'un important travail au sein de la filière gériatrique (3.3.2) et par un travail de communication donnant à voir le rôle et la place des CH-ex-HL dans le paysage sanitaire et médico-social (3.3.3).

3.3.1 Envisager des restructurations hospitalières

La reconstitution hospitalière, initiée par la création de la carte sanitaire en 1970⁸¹ puis développée par le schéma régional d'organisation sanitaire avec la loi hospitalière de 1991⁸² et redynamisée par le plan hôpital 2007 puis hôpital 2012, vise à organiser l'offre de soin de façon à favoriser les complémentarités et la rationaliser. Ces reconstitutions touchent tous les établissements, quelle que soit leur taille. Si la question du maintien d'une offre de soin de proximité doit être totalement intégrée dans la réflexion, la coexistence de deux structures sanitaires de type CH-ex-HL sur un même territoire de santé pose la question de l'adéquation entre les besoins du territoire et les moyens mis à disposition. Les ressources, tant humaines que financières étant limitées, repenser l'organisation des soins autour d'une structure sanitaire unique pour ce territoire semble une opportunité importante de réorganiser l'offre de façon plus efficiente et offrant davantage de chances de réussites au passage à la T2A. Les deux directrices

⁸⁰ Dossier Hospimédia du 29 juillet 2011, *Face à des changements majeurs, les hôpitaux locaux se mettent en marche*, disponible sur le site <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers>

⁸¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁸² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

rencontrées en entretien conviennent de la nécessité d'intégrer cette question dans leur projet d'établissement, les deux établissements disposant simultanément de projets de reconstruction.

Menées dans un esprit de juste réponse aux besoins de santé identifiés, les recompositions hospitalières au niveau des CH-ex-HL peuvent être de réelles opportunités pour ces structures afin de répondre au défi de la T2A, grâce aux mutualisations et réorganisations qu'elles permettent. Cette réflexion demande à être menée en parallèle avec la réflexion sur le fonctionnement en filière de soins.

3.3.2 Développer le fonctionnement en filière

La recherche d'efficacité, entendu comme l'utilisation la plus optimale de chaque euro dépensé au sein du système de santé, suppose du système qu'il soit organisé pour que chaque patient soit pris en charge au niveau le plus approprié et au moment le plus pertinent. Cette recherche d'efficacité globale nécessite donc une réelle fluidité dans le système, un travail en commun, en complémentarité, et non en concurrence. La T2A peut conduire à disposer d'une vision à court terme, favorisant la recherche d'une maximisation de l'activité, sans nécessairement prendre en compte le niveau de qualité. Pour autant, pour une réforme réussie, il convient d'aller au-delà. Le vieillissement de la population permet de penser que les établissements de santé n'auront pas de difficulté de recrutement, tout particulièrement les services accueillant les personnes âgées.

Réussir le passage à la T2A suppose donc pour les CH-ex-HL de savoir nouer les relations indispensables à son fonctionnement. Placés au cœur de la filière gériatrique par la circulaire relative à la filière de soins gériatriques⁸³, les CH-ex-HL ont un positionnement idéal pour développer de nombreux partenariats et se poser en **acteur de la fluidification du parcours de soins**. Les CH-ex-HL sont à la croisée et donc au contact de l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique : centre local d'information et de coordination, EHPAD, équipes mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, centres hospitaliers, médecins libéraux, hospitalisation à domicile, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer...

Un fonctionnement en filière optimisé suppose également un **maillage territorial adapté**. Un établissement qui ne dispose pas d'une capacité suffisante pour répondre aux demandes risque de les voir diminuer mécaniquement avec le temps. Cette diminution

⁸³ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

peut aller jusqu'à être inférieure au niveau d'activité nécessaire à l'équilibre financier. La bonne adaptation de la taille des structures et l'analyse fine des niveaux d'activité apparaissent, de ce point de vue, essentiels.

Bien orienter le patient, c'est améliorer la qualité de la prise en charge et la pertinence des séjours hospitaliers. Cette lisibilité sur les champs de compétences pour chacun des acteurs doit pouvoir être partagée et donc faire l'objet de communication.

3.3.3 Communiquer davantage, se faire connaître et reconnaître

Participer aux enquêtes, associatives, départementales, régionales ou ministérielles représente toujours un investissement important. Ces enquêtes sont nombreuses et chronophages. Leur intérêt n'apparaît pas toujours évident. Pour autant, ces enquêtes représentent une opportunité pour les CH-ex-HL de faire connaître leurs spécificités, leurs difficultés, leurs savoir-faire, leur plus-value ou leurs besoins. Ce mode de communication « passif » ne doit pas être négligé.

La communication peut également être plus active. Faire **valoir les compétences et les apports des CH-ex-HL** auprès des acteurs de la santé libéraux, des autres institutions et du grand public est une démarche aujourd'hui nécessaire. Le développement d'une politique de communication peut se réaliser à l'initiative de l'établissement, mais également par le biais d'une dynamique de plusieurs structures. Ainsi, une réflexion menée par les CH-ex-HL des départements du Maine et Loire et de la Sarthe fait suite à la mise en place d'un groupe de travail autour de la constitution d'une communauté hospitalière de territoire sur ces deux départements. Le constat d'une identité propre méconnue a conduit ces établissements à s'unir pour élaborer ensemble une plaquette visant à mieux les faire connaître.

Enfin, la **participation aux expérimentations** est une modalité à développer. En effet, les CH-ex-HL peuvent s'inscrire dans les appels à projet pour bénéficier d'un accompagnement ad hoc par l'ANAP. Pourquoi ne pas envisager pour un CH-ex-HL de s'inscrire dans un projet d'étude lié à facturation au fil de l'eau, par exemple ? Ces structures peuvent ainsi montrer le degré de réactivité offert par leur taille et un savoir-faire, une place particulière entre sanitaire et médico-social, élément de décroisement tant recherché. Ensuite, ces structures peuvent devenir grâce à cette intégration dans ces expérimentations, ressources pour les autres CH-ex-HL.

Conclusion

Le passage à la T2A nécessite pour les CH-ex-HL un investissement important, en termes de formation de personnel, d'organisation de circuits de codage, de facturation et de maîtrise de leur organisation sur la base de supports informatiques performants et actualisés. L'investissement de l'équipe médicale, d'encadrement, logistique, soignante et administrative est indispensable pour disposer de la réactivité et de la qualité des soins nécessaire à un niveau d'activité viable. Les démarches entreprises sur Chalonnes-sur-Loire ont vu l'ensemble du personnel se professionnaliser, face à ces nouvelles exigences. La T2A a en effet conduit l'ensemble du personnel à s'interroger sur ses pratiques et donc à évoluer. La prise en compte de la dépendance et donc du rôle des aides-soignantes dans le cadre de la T2A-SSR, constitue une forme de reconnaissance de l'activité de cette catégorie de personnel. L'accompagnement de ce travail quotidien par une politique d'ouverture sur son territoire et de partenariat actif, doit donner à l'établissement les moyens de trouver sa place dans le paysage sanitaire rénové par la loi HPST. Cette stratégie ne diffère pas de celle qui a été nécessaire aux centres hospitaliers pour faire face à la réforme quelques années plus tôt. Une fois cet investissement réalisé, l'exemple du CH-ex-HL de Chalonnes-sur-Loire montre qu'il est possible d'être à l'équilibre.

La taille des CH-ex-HL est à la fois une force et une faiblesse. La forte dépendance à quelques personnes pour certaines tâches stratégiques, conjuguée à la faible attractivité de ces territoires fragilise les CH-ex-HL. Pour autant, la plus grande simplicité des circuits de décision, la proximité entre les agents sont autant d'atouts qui compensent ces désagréments. Si la T2A peut être un révélateur du manque d'efficacité pour certains CH-ex-HL, conduisant les tutelles à les restructurer dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, cette réforme peut également être source de dynamisme si elle est vécue comme une opportunité d'évolution et de décloisonnement entre le champ sanitaire et médico-social. La prise en compte de la situation territoriale devra naturellement moduler cette exigence d'efficacité, qui peut ne pas être applicable à des établissements géographiquement isolés.

Pour autant, en dehors des établissements géographiquement isolés, les CH-ex-HL pourraient bien grâce à cette réforme faire la démonstration de leur efficacité. Dans le cadre de la convergence tarifaire intersectorielle, la loi de financement de la sécurité

sociale 2008⁸⁴ avait envisagé un objectif d'alignement des tarifs sur les coûts du secteur privé, perçus comme plus efficaces. Le rapport 2010⁸⁵ au Parlement sur la convergence tarifaire indique qu'il existe 37 groupes homogènes de séjour pour lesquels le public est plus performant, conduisant le gouvernement à modifier sa position vers un objectif d'alignement des tarifs vers les coûts les plus bas⁸⁶. De la même manière, la T2A pourrait remettre en question l'idée selon laquelle les CH-ex-HL sont d'une taille trop réduite pour pouvoir être efficaces -pour peu qu'on leur apporte le même accompagnement que celui dont ont bénéficié les centres hospitaliers-.

La ministre de la santé a évoqué dans son discours inaugural d'hôpital expo 2010 « *le premier critère de la performance, c'est la qualité, qui doit être l'impératif catégorique des hôpitaux* ». La volonté de prendre en compte la qualité dans le calcul des ressources financières accordées aux EHPAD, proposée par l'avant projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012⁸⁷, sous forme d'une expérimentation sur trois ans, répond à l'une des principales critiques qui peut être formulée face à ce mode de financement. Si la qualité est intégrée dans les tarifs, la vérification de son application effective ne permet pas à ce jour une modulation du financement.

La réflexion autour de l'intégration de la dimension qualité au sein du mode de financement se développe. La préconisation de la fédération hospitalière de France autour de la pertinence des actes l'atteste. Dans ce cadre, il ne devrait bientôt plus avoir lieu de distinguer les CH-ex-HL des autres centres hospitaliers. Ce serait la marque de la réussite de leur passage à la T2A et au-delà, de leur intégration au statut de « centre hospitalier ».

⁸⁴ La LFSS 2008 a précisé que le « processus de convergence [devait être] orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au 1 de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

⁸⁵ Ministère de la santé et des sports, Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire, p 3, disponible à l'adresse suivante : <http://martaa.free.fr/uploads/58a51c61-ba04-c9ee.pdf>

⁸⁶ Article 41 de la loi de finance de la sécurité sociale 2011

⁸⁷ Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012, Dossier de presse disponible à l'adresse suivante : http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2012/dp_plfss_2012.pdf

Bibliographie

Ouvrage :

GROLIER J., PERARD Y, PEYRET P., 2008, *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité*, Ed. EHESP, 327 p

Articles :

FHF, Interaction, le magazine de la FHF, *Edito*, Juin-Juillet 2011, n°3, 22p

MERLE P. & FITTE-DUVAL M., Avril 2011, *Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée*, Finances Hospitalières N°46, pp10-15

MOISDON J.C., Septembre-Octobre 2010, *Outils médico-économiques associés à la T2A : Quelle philosophie d'usage ?*, Revue hospitalière de France n 536, pp36-59

PEPIN M. & MOISDON J-C., 2010, *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*, Dossiers solidarité et santé, N°16, pp.1-24,

VERGNENEGRE A., Janvier 2011, *Tarification à l'activité : Jusqu'où peut-on aller ?*, Gestion Hospitalière n° 502, pp15-18

G. ZANTMAN, *Loi HPST, quel avenir pour les hôpitaux locaux ?* Mercredi 12 mai 2010

ZEYNEP OR et THOMAS RENAUD, Mars 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'Hôpital (T2A) – Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères*, DT n° 23,

Mémoires :

BEAUHAIRE A., 2007, *Mise en place de la comptabilité analytique en hôpital local : instrument de management ?*, ENSP Rennes, 76 pages

FAURE-BILHAUT C., 2010, *Le processus de convergence tarifaire des dotations de soins : réflexion autour de sa mise en œuvre dans les unités hospitalières d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des Hospices civiles de Lyon*, EHESP, 64 pages

MARQUET S, 2008, *La participation des soignants à la valorisation médico-économique des activités de soin : un enjeu managérial pour les directeurs des soins*, Mémoire de fin d'étude, p 17

MOREAU P., 2010, *Optimiser le recueil de l'information médicale à l'Hôpital local*, CNAM Pôle santé social, 68 pages

Rapports :

SCHECHTER F. & DELNATTE J.C., Décembre 2011, *Pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé : Examen du déploiement des outils dans un panel d'établissement de santé*, Rapport n°RM2010-172P, 57 pages

Ministère de la santé et des sports, *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, 55 pages

Outils méthodologiques :

Réédition du 25/07/2007, *Guide de méthodologie de comptabilité analytique hospitalière*, BO n°2004/4 bis, 410 pages

ARNAUD A. & LEHERICEY H., Janvier 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales : formes juridiques*, ANAP, 184 pages

Sites internet consultés :

<http://www.sante.gouv.fr/>

<http://www.gouvernement.fr/>

<http://www.atih.sante.fr>

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.aghl.fr/>

<http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/>

<http://www.martaa.free.fr>

<http://www.hospimedia.fr>

Législation

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

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

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

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Article L 6113-7 du Code de la Santé Publique

Article 41 de la loi de finance de la sécurité sociale 2011

Décret n°94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique

Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicable à l'activité de soins de suite et de réadaptation et décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Arrêté du 25 juin 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies au L6113-7et L 6113-8 du code de la santé publique

Arrêté du 22 novembre 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies au L6113-7et L 6113-8 du code de la santé publique

Arrêté du 13 mars 2011 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics

Circulaire n° 325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public

Circulaire DH/PMSI n°99-620 du 09 novembre 1999 concernant l'appel à candidature relative à la constitution d'une base nationale de données médico-économiques dont la finalité est de construire une échelle de coûts relatifs par groupes homogènes de journées (GHJ) permettant de valoriser les séjours réalisés dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR)

Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Annexe VII de la circulaire n° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé

Liste des annexes

Annexe 1 - Liste des indicateurs suivis sur l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire

Annexe 2 - Fichier commun de structure revu

Annexe 3 - Guide d'imputation comptable proposé

Annexe 4 - Présentation des questions relatives à la CAH n'ayant pas trouvé de réponses

Annexe 5 - Grille d'entretien

Annexes 6 - Liste des entretiens réalisés

Annexe 1 – Bilan des indicateurs suivis sur l'hôpital de Chalonnnes-surLoire

INDICATEURS TABLEAU de BORD

Activités	Pilotes	Indicateurs anciennement suivis , actuellement suivis, suivi envisagé (obligatoires*)	Modalité diffusion	Commentaires
Management de l'établissement	Directeur	Astreintes administratives (nombre d'appels, motifs, origine demande, action qui a découlé de l'appel)		Actuellement recueil dans un cahier non exploité à ce jour
Management de la qualité	Qualificienne	Résultats de certification * EPP (nombre en cours, étape, suivi évolution) Audits (Nombre d'audits, étape, suivi)		Objectif = une nouvelle EPP institutionnelle/an
Prise en compte des besoins des patients / résidents	Cadres de santé	Questionnaires de satisfaction (interne) (taux de retour, taux de satisfaction) Enquête de satisfaction patient Nombre de demandes de dossiers Réclamations écrites (suites) Remerciements écrits	Rapport CRUQPC	
Activités médicales et soins	Cadres de santé	Indicateurs d'activité (nbre entrées, de journées, DMS, GMP, PMP, tx occupation, origine géographique des patients, moyenne d'âge des patients, DP, ...) Indicateurs IPAQSS* (Tenue dossier, évaluation de la douleur, Nutrition, Escarres, Tenue dossier patient, courriers de sortie)	Rapport annuel d'activité+ nombreuses enquêtes et documents Enquête annuelle	
Pharmacie	Pharmacien	Score ICATB*	CME, sous comité antibiotique+ bilan analyse pharma.	
		Relevés des accès à la PUI (fréquence, conformité procédure, motifs)		
Restauration	Resp cuisines	Réclamations aux fournisseurs Non-conformité (NC) des analyses plats Nombre de repas (suivi à affiner/service) Relevé des températures en offices		
Blanchisserie	Lingère	Tonne de linge lavé par type de linge		N° tenue et nombre de lavage mensuel de chaque tenue Seuil acceptable < 2% Pas tracé à ce jour Analyse ponctuelle
	Resp Hygiène	Taux rotation des tenues professionnelles NC linge SIBA Erreur de tri Réclamations liées au linge,		

INDICATEURS TABLEAU de BORD

Activités	Pilotes	Indicateurs anciennement suivis , actuellement suivis, suivi envisagé (obligatoires*)	Modalité diffusion	Commentaires
Ressources Humaines	Resp RH	AT, MP, (dont) AES, Effectifs rémunéré, effectif physique, Formations (nbre d'actions, total agents, nbre d'heures, nbre de jours, montant) Remplacement absentéisme (non nécessaire, changement horaire, renfort inter service, pool, contrat spécifique) Enquête de satisfaction des stagiaires	CHSCT Bilan social Bilan social	Questionnaire mis en place, suivi taux de retour et analyse à faire
Infrastructures et Maintenance	Resp services techniques	Analyse des Bons de travaux, Analyses des gardes techniques		Cahier de recueil Cahier de recueil
Achats		Suivi marchés, Charges, produits...		
Environnement de travail / Hygiène	Pharmacien	Scores ICALIN, ICSHA* Signalement interne des infections Résultats des analyses de l'eau	CLIN	
Vigilances sanitaires	Pharmacien	Signalements vigilances (amont/aval) Nombre d'incidents transfusionnels Taux de vaccination du personnel contre Matériels de classe 3 étalonnés	Rapport annuel	?
Gestion des risques	Qualificienne	FEI, nombres d'actes de violence, Chutes		
Information / communication	Qualificienne	Analyse des Bons informatiques N° Info Qual'		
Environnement /développement durable	Resp finance	Kwatt/heure/lit /an M3 eau/lit/an Tonne de déchet/lit/an		

Annexe 2 - Fichier commun de structure revu

Libellé CR	Section d'imputation	Sous-section	Code UF	Libellé UF
DNA	DNA	DNA	2000	M. RETRAITE DNA
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services administratifs à caractère général	2100	Services administratifs à caractère général
Administration générale	Logistique et gestion générale	Accueil et gestion des malades	2200	Animation
Administration générale	Logistique et gestion générale	Accueil et gestion des malades	2210	Accueil et gestion des malades
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services administratifs liés au personnel	2220	Services administratifs liés aux personnels
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services administratifs liés au personnel	2230	Personnel hors activité
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services administratifs liés au personnel	2240	Pool de remplacement
Administration générale	Logistique et gestion générale	DSIO	2300	Système d'information
Administration générale	Activités hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2500	HAD
Administration générale	Activités hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2510	Autres ventes de biens et services
Administration générale	Activités hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2520	Accompagnant et remboursement CRPA
Administration générale	Activités hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2530	Mise à disposition de personnel facturé
Administration générale	Activités hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2540	Prestations délivrées aux usagers
Administration générale	Activités Hors activités de soins	Activités hors activités de soins	2550	Retrocession de médicaments
Administration générale	Logistique et gestion générale	DIM	2600	DIM- TIM

Administration générale	Structure	Structure	3100	Structure immobilier
Administration générale	Structure	Structure	3110	Structure financière
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services hôteliers	3200	Nettoyage services généraux
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services hôteliers	3210	Chauffage climatisation
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services hôteliers	3220	Services hôteliers indifférenciés
Administration générale	Logistique et gestion générale	Services hôteliers	3230	Transport
Administration générale	Logistique et gestion générale	Blanchisserie	3300	Blanchisserie Chalonnes
Administration générale	Logistique et gestion générale	Blanchisserie	3310	Blanchisserie Rochefort
Administration générale	Logistique et gestion générale	Restauration	3400	Restauration Chalonnes
Administration générale	Logistique et gestion générale	Restauration	3410	Restauration Rochefort
Administration générale	Logistique et gestion générale	Entretien et maintenance	3500	Entretien maintenance Chalonnes
Administration générale	Logistique et gestion générale	Entretien et maintenance	3510	Entretien maintenance Rochefort
Administration générale	Logistique médicale	Pharmacie	4100	Pharmacie
Administration générale	Logistique médicale	Génie biomédical	4110	Génie biomédical
Administration générale	Service médico-techniques	Rééducation	4200	Rééducation
Services cliniques	MCO	Hospitalisation	5100	Médecine
Services cliniques	SSR	Hospitalisation	5101	Soins de suite
Services cliniques	A ventiler	A ventiler	5102	Médecine & Soins de suite & EHPAD
Services cliniques	Services cliniques	EHPAD	5300	EHPAD temporaire dépendance
Services cliniques	Services cliniques	EHPAD	5400	EHPAD temporaire hébergement

Services cliniques	Services cliniques	EHPAD	5500	EHPAD temporaire soins
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6300	OCEANE HEBERGEMENT
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6400	OCEANE DEPENDANCE
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6500	OCEANE SOINS
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6603	OCEANE HEB. COMPLET
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6604	OCEANE RESERV HOSPIT
Service Océane	Services cliniques	EHPAD	6607	OCEANE CONV. PERSON.
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7300	FEUILLE D OR A HEBERG.
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7310	ST BRIEUC HEBERGEMEN
Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7320	FEUILLE D OR B HEBERG.
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7400	FEUILLE D OR A DEPEND.
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7410	ST BRIEUC DEPENDANCE
Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7420	FEUILLE D OR B DEPEND.
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7500	FEUILLE D OR A SOINS
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7510	ST BRIEUC SOINS
Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7520	FEUILLE D OR B SOINS
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7603	FEUILLE D OR A HEB. CO
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7604	FEULLE D OR A RESERV H
Service Feuille d'or A	Services cliniques	EHPAD	7605	FEUILLE D OR A CONV P.
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7613	ST BRIEUC HEBERG. CO
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7614	ST BRIEUC RESERV HOS
Service Saint Briec	Services cliniques	EHPAD	7615	ST BRIEUC CONV. PERS
Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7623	FEUILLE D OR B HEB. CO

Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7624	FEUILLE D OR B RESERV H
Service Feuille d'or B	Services cliniques	EHPAD	7625	FEUILLE D OR B CONV P.
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8300	LA SOURCE HEBERGEMEN
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8400	LA SOURCE DEPENDANCE
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8500	LA SOURCE SOINS
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8603	LA SOURCE HEB. COMPL
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8604	LA SOURCE RESERV HOS
EHPAD Rochefort	Services cliniques	EHPAD	8605	LA SOURCE CONV PERSO
Services cliniques	MCO	Hospitalisation	9991	Permission Médecine
Services cliniques	SSR	Hospitalisation	9992	Permission soins de suite
Hygiène	Logistique et gestion générale	Services hôteliers		Nettoyage services de soins ? Si par service
Valorisation activité	Service médico-techniques	Services médico-techniques		Imagerie , radiothérapie, expl, fonction.?
Valorisation activité	Service médico-techniques	Services médico-techniques		Laboratoires ?
Services cliniques	service clinique	Consultation		Consultations ?

Annexe 3 - Guide d'imputation comptable proposé

N° compte	Libellé	N° UF	UF d'affectation pour les dépenses hors personnel	Commentaire
	Tous les comptes de stock		A affecter directement au service consommateur	
6061	Fournitures non stockables	3220	Services hôteliers indifférenciés	
60611	Eau et assainissement	3220	Services hôteliers indifférenciés	
60612	Energie et électricité	3220	Services hôteliers indifférenciés	
60625	Fournitures de bureau et informatique	2100	Services administratifs à caractère général	
606251	Fournitures de bureau informatique	2300	Système d'information	
6066	Fournitures médicales		A affecter directement au service consommateur (Toutes les UF de soins UF médico-technique)	
6068	Autres achats non stocké de matière et de fournitures		A affecter sur une des UF de la LGG ou une seule UF genre administration générale?	
61111	Kinésithérapie		Soit kiné, soit UF consommatrice	
61112	Imagerie médicale		UF consommatrice	
61113	Laboratoire		UF consommatrice	
61115	Consultations spécialistes		UF consommatrices	
613152	Equipements		Médecine ou SSR et solde en Génie biomédical	
61322	Locations immobilières	3100	Structure immobilier	
613252	Location à caractère non médical Equipement		Services administratifs à caractère général ou autre UF LGG	
615151	Entretien et Matériel et outillage médicaux		Médecine ou SSR et solde en Génie biomédical	
615161	Maintenance informatique à caractère médical	2300	Système d'information	
615162	Maintenance matériel médical - (Contrats de prestataires extérieurs)		Médecine ou SSR et solde en Génie biomédical	
61522	Entretien et réparation sur biens immobiliers	3100	Structure immobilier	
615252	Entretien et réparation matériel de transport	3220	Services hôteliers indifférenciés	
615258	Autre matériel et outillage		Toutes les UF LGG consommatrices	
615261	Maintenance informatique	2300	Système d'information	
615268	Maintenance autre		Toutes les UF LGG consommatrices	
616	Assurances	2100	Services administratifs à caractère général	
617	Etudes et recherche	2100	Services administratifs à caractère général	
618	Divers services extérieurs		Toutes les UF LGG consommatrices	
6218	Autre personnel extérieur à l'établissement	2100	Services administratifs à caractère général	(car seulement indemnité du receveur)
6227	Frais d'actes et de contentieux	2100	Services administratifs à caractère général	
623	Informations, publications, relations publiques	2100	Services administratifs à caractère général	
6241	Transport sur achat	3220	Services hôteliers indifférenciés	
6245	Transport d'usagers		Service consommateur	
6248	Transport divers	3220	Services hôteliers indifférenciés	
625	Déplacement, Missions, réceptions	2100	Services administratifs à caractère général	
6261	Liaisons informatiques ou spécialités	2300	Système d'information	
6263	Affranchissement	2100	Services administratifs à caractère général	
6265	Téléphonie	2100	Services administratifs à caractère général	
6281	Blanchisserie extérieur	3300 ou 3310	Blanchisserie Chalennes ou Rochefort	
6283	Nettoyage	3200	Nettoyage entretien	
6284	Informatique extérieur	2300	Système d'information	

6288	Autres prestataires diverses	3220 ou 2100	Services hôteliers indifférenciés ou services administratifs à caractère général	
63512	Taxe foncière	3100	Structure immobilier	
63 et 64	Personnel hors 63512		A ventiler par ETP de façon précise, voir ressources humaines	
657	Subventions	2210	Accueil et gestion des malades	Attention dépense EHPAD?
6581	Frais de culte et d'inhumation	2210	Accueil et gestion des malades	
6582	Pécule	2100	Services administratifs à caractère général	
6587	Participation à l'EHESP	2100	Services administratifs à caractère général	
6588	Autres charges de gestion courante	2100	Services administratifs à caractère général	
6611	Intrêt des emprunts et dettes	3110	Structure financière	
673	Charges non incorporables		Sur l'UF du titre (En dehors sur la présentation du CAR)	
68111	Dotations aux amortissement des immobilisations incorporelles	3100	Structure immobilier	Charges non incorporables
681123	Dotations aux amortissement des immobilisations corporelles	3100	Structure immobilier	
681125	Dotation aux amortissement		Sections consommatrices	
68112831	Amortissement matériel de bureau	2100	Services administratifs à caractère général	Comptes à créer
68112832	Amortissement matériel informatique		Toutes sections consommatrices et Système d'information	Comptes à créer
68112884	Amortissement mobilier		UF LGG consommatrices et solde en entretien maintenance	Comptes à créer

Annexe 4 - Présentation des questions telles que posées aux institutions ressources dans le cadre de l'amélioration du compte administratif retraité

La taille de notre structure nous permet de procéder à un certain nombre d'imputations de charges directement par service consommateur (comme les consommations de radiologie, imagerie, labo, transport...), réalisées par des prestataires extérieurs. Le compte administratif retraité exige l'imputation de ces charges sur des UF distinctes et leur répartition sur les services par la suite en unités d'œuvre.

Si nous appliquons cette règle et affectons ces dépenses sur des UF spécifiques pour appliquer un retraitement par la suite, nous allons perdre en précision (à moins de créer autant d'UF radiologie que de services, cela vous semble-t-il pertinent ?)... Si nous continuons comme nous le faisons actuellement, ces charges sont parfaitement et précisément imputées, mais n'apparaissent pas sur le CAR...

Nous conseillez-vous de les faire apparaître au détriment de la précision actuelle ou de maintenir notre fonctionnement actuel ?

Les dépenses qui entrent dans la catégorie LGG (exemple : animation), mais qui sont dédiées à l'EHPAD dans leur intégralité : la logique est-elle bien de les imputer dans leur intégralité sur le LGG et de les faire rembourser par le CRPA par la suite ?

L'établissement dispose d'un site distant, pour lequel certaines dépenses peuvent être facilement isolées et pourraient être tracées par la création d'UF spécifiques. Selon ma compréhension du CAR, cela ne présente pas d'intérêt à partir du moment où le remboursement CRPA est correctement fait, sauf à ce que l'établissement souhaite suivre pour des motifs 'stratégiques' certaines activités (cuisine et blanchisserie maintenue sur site distant par exemple). Me confirmez-vous cette lecture ?

La démarche de création d'UF type 'entretien-maintenance site distant' aurait-il un intérêt dans une perspective de compta ana plus poussée (base d'Angers ou CREA), ou même dans ce cas de figure, le principe est-il plus à la ventilation à postériori de ces charges (quitte à être donc moins précis quand le coût réel pourrait être connu) ?

Concernant les activités hors soin, le CAR prévoit pour certaines activités l'imputation des dépenses au réel et non par UO. Or, pour les repas accompagnant par exemple, nous ne sommes pas en mesure de le chiffrer au réel. Nous suggérez-vous d'utiliser malgré tout l'UO, d'inscrire en dépense un montant identique à la recette ou de procéder autrement ?

Y a-t-il un seuil minimal pour la création d'une UF (exemple : rétrocession de médicaments = 200 €/an) ou faut-il être puriste ?

Quel périmètre correspond au nettoyage ? Pour le personnel, faut-il bien ajouter à l'équipe dédiée au ménage le temps de personnel AS ou ASH consacré dans les services au ménage ? Pour l'UO « m² SHOB des services de soin », faut-il y inclure les espaces de circulation ? L'administration est-elle incluse dans ce que vous considérez être les espaces logistiques ? les locaux loués dans le cadre des activités hors activités de soin doivent-ils être exclus ?

Le personnel chargé des offices, qui va chercher ou réceptionne les chariots repas, prépare les plats pour la distribution et assure le nettoyage post distribution doit-il être affecté à l'UF restauration ou soin ?

Annexe 5 - Grille d'entretien

Question n°1 : Quel rôle les hôpitaux locaux ont-ils dans le paysage sanitaire et médico-social aujourd'hui?

Question n°2 : Quels gains en termes d'efficience estimez-vous envisageable pour ces structures?

Question n°3 : Que représente le financement à la tarification à l'activité pour vous ?

Question n°4 : Savez-vous si les hôpitaux locaux seront soumis en 2012 à la T2A à 100% ? S'il y aura un coefficient de transition ? Si oui, pendant combien de temps ?

Question n° 5 Quels mécanismes de transition T2A jugeriez-vous pertinent pour les HL?

Question n°6 : La LFSS 2008 a prévu l'adoption d'un plan de redressement pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat excède 10 millions d'€ qui présentent un EPRD pour lequel le compte de résultat principal est en déficit supérieur à 3%. La T2A représente donc le risque que beaucoup d'hôpitaux locaux s'y trouvent confrontés. Qu'en pensez-vous ?

Question n°7 : Quels sont les éléments qui permettront aux hôpitaux locaux de relever le défi du passage à la T2A ?

Question n°8 : Qu'est ce qui permettra à votre établissement de relever le défi du passage à la T2A ?

Question n°9 : Que pensez-vous du principe de recomposition hospitalière?

Question n° 10 : Quels sont les leviers de recompositions à la disposition des tutelles ?

Question n° 11 : Quels sont selon vous les atouts d'une direction commune puis d'une fusion d'établissement ?

Question n°12 : Quels sont selon vous les risques ou inconvénients ou point de vigilance face à une direction commune/ fusion ?

Question n° 13: Y a-t-il selon vous un lien entre la réforme du financement des établissements sanitaires et les incitations aux recompositions hospitalières ?

Question n°14: La tarification à l'activité peut-elle constituer un levier/outil de recomposition hospitalière ? Pourquoi ?

Question n°15: Pour conclure, quelle perspective, quel avenir pour les ex-hôpitaux locaux ?

Annexes 6 - Liste des entretiens réalisés

Entretien n° 1- M BEAUCHAMPS, membre du corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, responsable du département « Animation des politiques de territoire » de la délégation territoriale du Maine et Loire de l'ARS Pays de la Loire,

Entretien n° 2 – M HODEE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, agent de la Direction de l'Accompagnement et des Soins de l'ARS Pays de la Loire.

Entretien n° 3 – Mme TOURNEUR, directrice de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire,

Entretien n° 4 – Mme RUFFIE, directrice de l'hôpital de Saint-Georges-sur-Loire,

Entretien n° 5 – M TREGUENARD, directeur de l'hôpital du Pays de Retz, délégué régional de l'association nationale des hôpitaux locaux.

ROY	Géraldine	Décembre 2011
DESSMS Promotion 2010-2011		
La tarification à l'activité dans un Centre hospitalier ex Hôpital Local : Comment se préparer à la réforme ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Néant		
<p>Résumé :</p> <p>Le statut des hôpitaux locaux leur a permis de bénéficier jusqu'à aujourd'hui du financement par dotation globale, alors que l'ensemble des centres hospitaliers sont organisés pour trouver l'équilibre avec un financement à l'activité appelé « tarification à l'activité ». La suppression du statut d'hôpital local avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du 21 juillet 2009 est venue mettre fin à ce mode de financement dérogatoire. A partir du 1^{er} janvier 2012, les centres hospitaliers ex Hôpitaux locaux doivent être prêts pour une réforme dont ils ne connaissent à ce jour ni le calendrier précis d'application, ni les modalités. Cette réforme est-elle un défi que ces établissements peuvent relever ?</p> <p>Au regard de l'expérience des établissements publics de santé sous T2A, ils peuvent anticiper cette démarche et mettre en place une stratégie visant un équilibre durable.</p> <p>A travers l'exemple de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire, l'ensemble des mesures prises et des actions amorcées est présenté pour donner une vision d'ensemble de la stratégie à développer. De 2009 à 2010, de perdant, cet établissement est devenu gagnant à la T2A. Il a au cours des dernières années structuré un département d'information médicale, revu son circuit médico-administratif, développé le réseau informatique, revu les règles de gestion du temps de travail, dynamisé sa politique d'investissement, initié la recherche de recettes et d'activités nouvelles, poursuivi une politique de partenariat sur le territoire et tenté de mettre en place une comptabilité analytique hospitalière et des outils de gestion performants.</p> <p>L'analyse de ces actions, des réussites et des difficultés, permet d'établir des préconisations pour davantage assurer la réussite de cette réforme.</p>		
<p>Mots clés : Réforme - T2A - Hôpital local - Loi HPST - Stratégie</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		