

MOTS CLÉS

Prix Graph 2012
Comptabilité
analytique
T2A
PMSI
ENC
Réforme

dossier

PRIX GRAPH 2012

La comptabilité analytique hospitalière : si peu utile ?

Tenir une comptabilité analytique est parfois une obligation, jamais une nécessité. La comptabilité analytique hospitalière (CAH) est souvent présentée comme primordiale pour articuler les deux réformes déterminantes que sont la gestion par pôle et la tarification à l'activité. Pourtant, cinquante ans après les premiers travaux, les autorités de tutelle s'inquiètent toujours de son faible déploiement. L'auteur soutient que ces difficultés s'expliquent moins par des obstacles techniques que par l'incapacité de la CAH à répondre pleinement aux préoccupations des gestionnaires. Explications.

Si la comptabilité analytique a gagné en fiabilité avec le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), elle a perdu de son utilité externe avec la tarification à l'activité (T2A).

Nicolas ALEXANDRE
Directeur adjoint
CH de Lons-le-Saunier

La prise de contrôle par l'État

Le financement aux prix de journée, déjà connu sous l'Ancien Régime, s'est progressivement imposé au début du XX^e siècle. La comptabilité analytique, lorsqu'elle existe dans les institutions hospitalières, est utilisée pour négocier ces prix. Les usages internes restent anecdotiques ⁽¹⁾.

En 1941, les prix de journées deviennent le mode de financement unique des établissements. La nomenclature comptable M21 instaure une comptabilité analytique facultative en 1953. Dans le sillage des réformes hospitalières initiées par Michel Debré, cette CAH devient obligatoire en 1959. La comptabilité est partagée par les établissements et leur tutelle. Le recours à la méthode des sections homogènes et au calcul de coûts complets historiques s'inscrit pleinement dans la tradition française qui privilégie la négociation de tarifs avec l'État.

L'amélioration du modèle

La CAH a bénéficié de l'enrichissement au fil des décennies du système d'information hospitalier sous l'effet conjugué de la nécessaire traçabilité et du financement à l'activité.

En 1982, le PMSI introduit les groupes homogènes de malades (GHM) pour pondérer les séjours.

Les fonctions administratives et logistiques font l'objet d'une attention particulière. Le premier guide méthodologique de 1985 ne propose que de calculer le coût total de ces activités. Le modèle s'affine progressivement pour déboucher sur les travaux soutenus par la Fédération hospitalière de France autour de la base dite « d'Angers ».

Enfin, à partir 2006, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) publie une aide méthodologique pour décliner tableaux coût case-mix (TTCM) et comptes de résultat analytiques (Créa) au niveau des pôles.

Le désengagement progressif de l'État

L'évolution du système de financement et la constitution d'un échantillon pour produire les données nationales ont permis aux autorités de tutelle d'exercer un contrôle externe pouvant se passer de la comptabilité analytique des établissements. En 1983, les prix de journée sont remplacés par un financement par dota-

LE PRIX GRAPH

Le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph), fondé en 1974 et présidé par Jean-Paul Segade, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, est un organisme de réflexion et de recherche qui prépare l'hôpital et son environnement à des évolutions indispensables garantes du maintien des valeurs qu'il porte. Il a pour objectif de solliciter l'ensemble des équipes de direction, en développant les échanges pour une meilleure connaissance du milieu professionnel, et pour ambition de développer des axes de recherche et d'affirmer la présence des hospitaliers par l'évolution continue de nos organisations et de notre société.

Dans le cadre de ses travaux sur la recherche en management, le Graph a souhaité se rapprocher de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), afin de s'enrichir des réflexions des plus jeunes collègues et de valoriser leurs travaux : depuis 2007, le Graph prime ainsi deux mémoires de fin d'études rédigés par des élèves directeurs d'hôpital. Parmi cinq mémoires proposés par l'EHESP, le Graph en sélectionne deux via un jury composé de responsables hospitaliers, de présidents de CME, d'un professeur de l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence, du directeur général de l'École nationale de management et de l'administration de la santé d'Alger, et présidé par Guy Vallet, inspecteur général des affaires sociales. Ce prix vise à récompenser le mémoire qui aura su, par la qualité de son argumentation et de la discussion proposée, présenter des démarches nouvelles en matière de management, notamment inscrire ces innovations dans le contexte hospitalier, mettre en avant les aspects les plus originaux, discuter leurs impacts, envisager les conditions de leur adaptation et de leur extension, en témoignant de l'attachement du rédacteur aux valeurs de la profession de directeur d'hôpital et du monde hospitalier. Les deux auteurs primés reçoivent un chèque et leurs mémoires bénéficient d'une publication dans *Gestions hospitalières*.

Le prochain prix Graph sera décerné au printemps 2013 - <http://wp.legraph.fr>

tion globale. La CAH cesse d'être l'élément central de la négociation budgétaire. À partir de 1993, une étude nationale de coûts (ENC) est conduite de manière autonome avec le concours d'un échantillon d'une cinquantaine d'établissements hospitaliers publics. La comptabilité des établissements n'est pas nécessaire pour établir le coût moyen des GHM ou, à partir de 2004, les tarifs.

Un basculement s'opère dans les textes officiels à partir du guide méthodologique de 1997. La CAH y est présentée dès lors comme un instrument avant tout à usage interne et accessoirement à usage externe. Preuve du désengagement de l'État, le guide de 1997 reste inchangé jusqu'en 2012. Le nouveau guide méthodologique insiste toujours sur l'usage interne. Mais à la grande déception des gestionnaires locaux, les Créa ne seront pas évoqués dans les tomes à paraître.

Les limites de l'usage interne

Le choix d'une comptabilité analytique en coûts complet réduit nettement le champ des usages. Comme le note Henry Bouquin, « si le prix de vente d'un produit n'est pas simplement son coût affecté d'un coefficient, la recherche systématique d'un coût complet n'a pas forcément de sens ». Le coût complet ne présente de l'intérêt que s'il est examiné alors qu'il est encore temps d'agir sur le couple coûts/recettes. Les Créa sont à positionner comme des instruments du diagnostic stratégique de l'établissement à destination du directeur et non comme un outil de pilotage des pôles.

De surcroît, la comptabilité analytique ne permet qu'une analyse partielle de l'efficacité. Elle s'intéresse aux charges alors que l'enjeu porte souvent sur l'utilisation des ressources déjà disponibles (plages horaires, temps médical, lits). Les coûts hospitaliers sont essentiellement fixes. Le risque de perdre le corps médical dans la profusion des données et dans la recherche démotivante de petites économies est réel. Le calcul de Créa infra-annuels nous paraît en conséquence une fausse bonne idée. De même, la généralisation du calcul des coûts des séjours n'apporterait ni fiabilité ni meilleur pilotage. Au quotidien, l'usage d'indicateurs est à privilégier.

L'aide qu'apporte la CAH apparaît comme relativement faible face aux ressources qu'elle peut mobiliser. Les solutions les plus simples sont donc à privilégier. Nous proposons de profiter de la certification des comptes des établissements de santé pour réviser les obligations réglementaires en matière de comptabilité analytique pour permettre aux établissements de choisir le modèle analytique adapté à leurs besoins. ●

NOTE

(1) C. Bouinot, « Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France (1850-1940) »,

www.crefige.dauphine.fr/recherche/histo_compta/bouinot2.pdf

Pour lire dans son intégralité le mémoire de Nicolas Alexandre, dirigé par le Dr Albert Vuagnat, consulter le fonds documentaire de la bibliothèque de l'EHESP : <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires>

MOTS CLÉS

Prix Graph 2012
 Vieillesse
 Prise en charge
 CHU de Grenoble
 Personne âgée
 polyathologique
 Ehpad
 DMS
 FIR

dossier

PRIX GRAPH 2012

La prise en charge des personnes âgées dans les services non gériatriques L'exemple du CHU de Grenoble

Face au vieillissement démographique et au développement relativement limité des services gériatriques, les services d'urgence et de spécialités sont concernés par l'accueil d'un grand nombre de personnes âgées polypathologiques et fragiles. En 2010, 16,93 % des séjours de médecine et chirurgie du CHU de Grenoble avaient été réalisés par des patients âgés de 75 ans et plus, et seuls 9,79 % de ces séjours avaient été faits dans les services de gériatrie. De par l'intrication de pathologies relevant de spécialités diverses, du risque de dépendance associé à l'hospitalisation, du passage successif aux différentes étapes de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière, la prise en charge du sujet âgé est nécessairement pluridisciplinaire. Un défi de taille pour des hôpitaux caractérisés par une spécialisation croissante.

Les urgences constituent la porte d'entrée principale de l'hôpital pour les personnes âgées : en 2010, on comptait aux urgences médicales du CHU de Grenoble environ 31 % de personnes âgées de 75 ans et plus, contre 11 % aux urgences traumatologiques. Même si les problématiques sociales sont significatives, ces entrées sont le plus souvent justifiées par des pathologies aiguës. Admissions certes justifiées, mais pas nécessairement appropriées, certains patients âgés relèveraient en effet d'autres modes de prise en charge (consultation externe, hôpital de jour ou entrée directe). Plusieurs explications à ce recours aux urgences : difficulté du maintien à domicile

et épuisement des aidants, offre de soins extrahospitalière insuffisamment développée et connue, faible médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), coordination difficile avec les médecins généralistes qui peinent à obtenir une entrée directe de leurs patients non programmables. Ce recours aux urgences est loin d'être sans conséquence sur les patients, du fait de conditions d'accueil souvent précaires.

Des durées moyennes de séjour souvent élevées

Les services de soins craignent parfois les durées moyennes de séjour (DMS) de ces patients âgés⁽²⁾. Elles sont un handicap pour tous :

- » pour le patient qui est accueilli dans des services qui ont peu de temps à consacrer à leur mobilisation et à leur projet de vie ;
- » pour les équipes qui ont parfois la sensation que le patient « stagne » dans le service ;
- » pour l'institution tout entière, puisque cette situation, conjuguée à des taux

Maud FERRIER

Directrice adjointe
 CHU de Nancy
 Hôpitaux de Brabois
 Pôles hématologie
 et spécialités médicales
 Fédération
 de cancérologie

« Développer un parcours de soins court, ciblé et coordonné en intra comme en extrahospitalier, voilà un objectif ambitieux pour un établissement hospitalier.

d'occupation importants, limite la possibilité d'hospitaliser davantage de patients. Des durées qui tiennent à la spécificité diagnostique et thérapeutique de la personne âgée, mais aussi à la difficulté à bien l'orienter au sein de la filière hospitalière. Plusieurs écueils en effet :

» une prise en charge de personnes âgées non hospitalo-requérantes pour lesquelles le retour à domicile ou le transfert en Ehpad ne sont pas organisables ;

» une orientation vers les services de spécialité de patients relevant de lits gériatriques, faute de place dans ces derniers ;

» des patients âgés ne relevant pas nécessairement de la gériatrie mais accueillis dans le mauvais service de spécialité du fait du faible nombre de lits disponibles ainsi que de la concurrence entre hospitalisations programmées et non programmées.

Dans ces cas, l'hospitalisation du patient peut s'avérer délétère, avec apparition de complications en cascade.

La seconde explication de ces DMS élevées tient à la difficulté à anticiper et organiser la sortie des patients. Les structures d'aval iséroises (Ehpad, soins de suite et rééducation...) ne sont ni forcément adaptées ni suffisam-

ment nombreuses ; elles ont donc parfois tendance à sélectionner les patients les plus légers. On constate par ailleurs le manque de structures fermées destinées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, tandis que le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) semble relativement limité. Par ailleurs, les sorties sont rarement organisées en coordination avec le médecin généraliste : pour les 327 médecins ayant répondu à l'enquête organisée par l'établissement, la sortie est l'indicateur le moins bien noté (29,3% d'avis positifs), notamment car ils sont rarement associés à la planification de la sortie. Malgré les efforts de l'établissement – fiche réflexe pour la sortie complexe du patient, sollicitation rapide de l'assistante sociale, recours à l'équipe mobile gériatrique (EMG) –, les obstacles sont donc nombreux pour planifier une sortie rapide du patient.

Une prise en charge pluridisciplinaire et une véritable culture gériatrique

Les problématiques soulevées par ces patients ne sont pas uniquement organisationnelles : elles relèvent aussi de la qualité de leur prise en charge. Les équipes n'ayant pas toujours la compétence, le temps ou le matériel pour accueillir le patient dans des conditions optimales, les coopérations entre spécialités et métiers complémentaires sont indispensables. Les services de soins reconnaissent le travail effectué par les assistantes sociales, kiné, nutritionnistes... et souhaitent voir leur nombre renforcé, ce qui constitue une véritable stratégie d'établissement dans la mesure où ces interventions sont incluses dans la T2A. Par ailleurs, au CHU de Grenoble, des expériences intéressantes ont été mises en œuvre, qu'il s'agisse de l'équipe mobile de pesage, chargée de détecter les troubles nutritionnels, ou l'EMG. Si l'intervention de cette dernière structure est largement reconnue et intégrée en ce qui concerne l'orientation du patient âgé dans la filière de soins, elle l'est moins sur l'autre versant de sa mission : la diffusion des bonnes pratiques gériatriques par des recommandations diagnostiques et thérapeutiques et le développement d'actions de formation. Enfin, maillon indispensable de cette prise en charge pluridisciplinaire, le médecin généraliste semble rarement impliqué dans la prise en charge hospitalière de son patient : nombreux sont ceux à regretter le manque de dialogue avec leurs confrères hospitaliers, leurs difficultés à joindre les services de soins (82,6%) et à discuter du projet thérapeutique de leur patient. Si ces interventions extérieures aux services sont indispensables, l'ampleur des enjeux rend indispensable l'acquisition par les équipes d'une véritable culture gériatrique. Par l'intermédiaire notamment du plan de formation du CHU qui prévoit des formations facultatives sur la prise en charge du sujet âgé, les équipes se disent de plus en plus sensibilisées aux spécificités diagnostiques et thérapeutiques de ces populations, ainsi qu'aux nombreuses questions éthiques qu'elles soulèvent (démence, bientraitance, mobilisation...). Pourtant, certains constatent que, dans les représentations, le patient âgé continue à constituer un faible intérêt médical. Face à la charge de travail représentée par ces patients, à l'implication indispensable des équipes dans

NOTES

(1) Les plus de 75 ans représentent 9% de la population aujourd'hui ; ils seront 16,2% en 2060.

(2) Deux jours de séjour à 40 ans, 5,5 jours pour les 75-79 ans, 8 jours pour les 95-99 ans.

le travail social, aux contraintes liées à la tarification à l'activité (T2A), c'est à un puissant changement de mentalité qu'il faut aboutir.

Des améliorations doivent et peuvent donc être apportées. L'objectif reste la création d'un parcours de soins court, ciblé et coordonné, en intra comme en extrahospitalier, un parcours plus conforme aux souhaits des personnes âgées et en cohérence avec les intérêts organisationnels et financiers de l'hôpital public. Cette orientation est impulsée depuis quelques années par les pouvoirs publics, et particulièrement en cancérologie : population ciblée dans le plan Cancer 2009-2013, les personnes âgées sont également concernées par la création depuis 2011 d'unités de coordination en oncogériatrie (Ucog).

Un parcours de soins court, ciblé et coordonné

Favoriser les entrées programmées des personnes âgées

- » Généraliser l'organisation des astreintes téléphoniques : dans chaque service, identifier un numéro de téléphone unique permettant un accès rapide et direct par l'extérieur.
- » Créer une unité de post-urgences gériatriques : une dizaine de lits permettant, au décours d'un rapide passage aux urgences, de déterminer un diagnostic et d'enclencher une prise en charge pluridisciplinaire.
- » Inscrire l'accueil des personnes âgées dans les contrats de pôle : engager la discussion autour des choix relatifs à l'orientation et à la qualité de la prise en charge (concept de chemin clinique).
- » Développer le conventionnement avec les Ehpad : éclaircir les conditions dans lesquelles sont accueillies les personnes âgées au CHU (consultations et hôpitaux de jour, entrées directes...).

Améliorer la sortie du patient

- » Au sein des pôles, objectiver les difficultés d'aval des patients âgés : en lien avec les assistantes sociales, analyser les proportions de dossiers concernés par de fortes DMS ainsi que leurs motifs.
- » Impulser au niveau de l'établissement et de chaque pôle une stratégie de conventionnement avec l'aval hospitalier (SSR, HAD, Ssiad) : organiser des rencontres avec ces structures, de sorte de faire le bilan des difficultés éprouvées et des pistes d'amélioration envisageables.
- » Créer un poste d'infirmier coordonnateur de l'aval et du réseau (Icar) pour centraliser la recherche de places dans l'aval et suivre les dossiers.

Favoriser les bonnes pratiques gériatriques dans les services de spécialité, ainsi que la communication entre professionnels en intra et extrahospitalier

- » Faire des formations sur les personnes âgées une priorité du plan de formation : créer à destination des nouveaux arrivants une formation obligatoire sur la prise en charge du sujet âgé (prescription, nutrition, prise des repas, mobilisation) et promouvoir des formations spécifiquement tournées vers certaines pathologies (cancérologie, chirurgie).

- » Identifier un référent en gériatrie (aide-soignante par exemple) dans les services d'hospitalisation, spécifiquement formé par le service de gériatrie et qui faciliterait la diffusion des bonnes pratiques dans son service.
- » Développer la recherche en gériatrie : pour faire de la gériatrie un domaine d'excellence, développer les thèmes de recherche en lien avec le vieillissement et favoriser l'inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques.
- » Faciliter les transferts d'information entre spécialités et acteurs de la prise en charge du patient : développer l'usage et les services du dossier commun cancérologie (DCC).

Développer – au bénéfice du patient âgé polypathologique et fragile mais aussi de l'institution tout entière – un parcours de soins court, ciblé et coordonné en intra comme en extra-hospitalier, voici un objectif ambitieux pour un établissement hospitalier. Un objectif ambitieux qui demande l'implication de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales, ainsi que des directions des hôpitaux publics. Une nouvelle impulsion a récemment été donnée par la loi de finances de la sécurité sociale 2012 : l'article 70 prévoit la réalisation à compter du 1^{er} janvier 2012 d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées. L'article 65 crée par ailleurs un fonds d'intervention régional (FIR) visant à décloisonner les circuits financiers entre le sanitaire et le médico-social, ouvrant donc des perspectives intéressantes dans la politique du vieillissement. ●