



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-046P

Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants

RAPPORT

Établi par

Dominique ACKER, Dr Anne-Carole BENSADON, Patrice LEGRAND

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Céline MOUNIER

Conseillère générale des établissements de santé

- Avril 2012 -

Synthèse

- [1] Le déficit des hôpitaux publics – 673 M€(soit 1,5% de leurs recettes) en 2009 dont 651 M€ pour les 517 établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A) - constitue une préoccupation forte des pouvoirs publics. La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'assemblée nationale et la Direction de la recherche, de l'évaluation des études des statistiques (DREES) ont noté une inversion de la tendance à la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics pour 2008 et 2009, phénomène confirmé par l'Agence technique sur l'hospitalisation (ATIH) pour 2010. Les hôpitaux connaissent en fait des situations financières contrastées. Dans ce contexte, l'IGAS a inscrit dans son programme de travail une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Cette mission a été confiée à Dominique Acker, Anne-Carole Bensadon, Patrice Legrand et Céline Mounier, membres de l'IGAS.
- [2] L'objectif poursuivi n'était ni de produire un rapport prescriptif sur les bonnes pratiques de gestion hospitalières, ni un palmarès hospitalier. La mission a restreint son champ aux seuls établissements publics de santé comportant une activité de court séjour compte tenu des contraintes spécifiques qui leur sont imposées et aux modalités de financements différentes entre les secteurs d'hospitalisation public et privé.

1. LES ETABLISSEMENTS MOBILISENT L'ENSEMBLE DE LEURS MOYENS DE GESTION : LES DETERMINANTS

1.1. La définition du projet stratégique d'établissement

- [3] La vision stratégique concernant le positionnement de l'établissement dans son environnement apparaît essentielle. L'établissement hospitalier public n'est pas complètement autonome dans ses choix puisqu'il doit notamment répondre aux besoins de son territoire dans le cadre de la mission qui lui est désignée par l'Agence régionale de santé (ARS). Mais l'hôpital peut tenter d'agir sur son environnement. Les restructurations d'activités en interne peuvent également constituer un levier majeur d'efficience, si elles vont dans le sens d'une amélioration des prises en charge. Beaucoup d'établissements ont fait la démarche de regrouper des activités comparables pour atteindre une taille jugée optimale par rapport aux effectifs nécessaires (taille proche d'un multiple de 30 lits par unités d'hospitalisation complète). Ces démarches doivent s'inscrire dans l'objectif d'optimisation de la performance globale de l'établissement.
- [4] Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une modalité d'offre indispensable à la prise en charge des malades, porteuse d'efficience. Une double marge de progression existe, sur les groupes homogènes de séjours (GHS) identifiés comme ambulatoires et sur ceux qu'il est possible de réaliser en ambulatoire. Enfin, l'augmentation d'activité peut produire des résultats contrastés. L'établissement « bien géré » cible les activités nouvelles, pour lesquelles il lui sera nécessaire de procéder à des recrutements et en laissant pour les disciplines déjà en place, les augmentations de recettes précéder autant que possible, celles des charges. Il doit par ailleurs tenir compte de la survenue de ruptures notamment en termes de recrutement médical. Cette stratégie est d'autant plus importante que les dotations en missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) jouent de moins en moins un rôle d'amortisseur. Pour définir les objectifs d'activité, les établissements s'appuient sur des études médico-économiques qui ne permettent toutefois pas de lever entièrement l'incertitude.

1.2. L'amélioration de l'organisation interne

- [5] La fluidité du parcours du patient est un élément déterminant de l'efficacité et de la qualité du service rendu. Des organisations et des protocoles spécifiques sont mis en place pour améliorer la réactivité et la fluidité notamment dans la relation urgences/services cliniques. Certains ont par exemple identifié des responsables de la gestion des lits, d'autres, pour faire face aux pics d'activité, ont fait fonctionner, en dehors de la procédure « plan blanc », des lits de crise en réservant des espaces susceptibles d'être mobilisés très rapidement. L'amélioration des processus internes à l'établissement apparaît déterminante et reste un chantier sur lequel les établissements ont encore à investir. Le système d'information de l'établissement constitue sur ce point, comme sur d'autres, un élément décisif. De plus, la recherche de productivité sur les fonctions supports apparaît comme une constante et l'ensemble des établissements visités ont repensé la fonction achats en la professionnalisant afin d'augmenter la sécurité juridique des marchés et d'accroître sa performance, même si des marges de manœuvre demeurent. De la même façon, les établissements visités ont tous réfléchi à l'amélioration du processus de facturation devenu majeur avec la mise en place de la T2A et afin de préparer la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES).

1.3. L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques passe par une mobilisation des acteurs sur le cœur de métier

- [6] Assurer un recrutement médical adapté aux besoins des malades, compte tenu du positionnement de l'établissement constitue une priorité. De façon très schématique, l'attractivité pour le corps médical est liée à l'attractivité de la région, du territoire d'implantation de l'établissement, à la réputation de l'établissement et à celle de l'équipe. L'impact de la composition de cette équipe est important car il en découlera notamment le nombre de gardes à effectuer et une incidence de la qualité du service rendu au patient qui peut être liée au temps que le médecin va pouvoir lui consacrer. La possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital contribue au recrutement pour certaines spécialités. Il convient de s'assurer que cette activité libérale n'est pas un obstacle à l'accessibilité financière à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas si la réglementation est respectée et si les délais de rendez-vous ne sont pas liés au secteur (public ou privé) de prise en charge des patients.
- [7] Enfin, la capacité à recruter des médecins dans les disciplines où les écarts de revenus avec le privé sont majeurs pose question, en particulier si les conditions d'exercice à l'hôpital conduisent à minimiser le temps médical au lit du malade. Dans ce contexte, permettre aux médecins et aux soignants de se recentrer sur les prises en charge des malades apparaît primordial.
- [8] La rareté de la ressource médicale conjuguée à la complexité d'un codage rendant au mieux compte de l'activité réalisée explique que plusieurs établissements s'orientent vers une professionnalisation du codage. Des possibilités d'amélioration existent, en particulier pour la valorisation des activités réalisées en externe.
- [9] Par ailleurs, les démarches de mutualisation et d'adaptation des effectifs à l'activité peuvent être mieux comprises quand elles s'appuient sur une recherche d'équité des charges de travail. Elles concernent les personnels non médical et médical. La mutualisation de la gestion de lits entre services favorise également l'efficacité des prises en charge. Elle est plus difficile à obtenir au sein des pôles. L'optimisation de la durée moyenne de séjour (DMS) semble être un objectif largement partagé.

1.4. Les outils de gestion et de pilotage sont au service du projet commun

- [10] La focalisation sur les recettes liée à la mise en place de la T2A a généré une modification des tableaux de suivi de l'activité habituellement utilisés et comportant, par services, des données comme les entrées, les journées, le taux d'occupation et la DMS. Désormais, le suivi de l'activité est réalisé à partir des GHS et donne lieu à une valorisation immédiate par le département d'information médicale (DIM). Ces tableaux de bord sont adaptés aux réalités locales. Pour autant, le suivi des coûts reste une composante majeure de la gestion. L'existence d'un système décisionnel est devenue un élément clé dans la capacité des établissements à accompagner les réformes et à maîtriser leur équilibre financier.
- [11] La mission s'est en outre interrogée sur un éventuel effet case mix pouvant contribuer à améliorer les résultats financiers d'un établissement. Elle n'a pas retrouvé, en utilisant une méthode comparative de groupes de centres hospitaliers (CH), d'effet case mix marquant.

2. UN MANAGEMENT A LA CONFIANCE ET UNE GESTION DIALOGUEE DES RESSOURCES HUMAINES COMME PREALABLES INDISPENSABLES

2.1. Les déterminants évoqués précédemment n'ont de sens que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un management à la confiance

- [12] Nous avons décrit précédemment les différents leviers mobilisés par les établissements pour améliorer notamment leur situation financière. Toutefois, le risque d'une juxtaposition d'actions dont la cohérence serait difficile à saisir pour les acteurs hospitaliers donne tout son sens à l'effort de management réalisé pour faire partager des objectifs qui ne peuvent se limiter à la seule contrainte financière. Le management à la confiance apparaît dans le domaine de l'entreprise comme un moyen d'insuffler de la souplesse dans les organisations pyramidales de façon à multiplier les intelligences interactives. Cette idée a été exprimée de façon très claire par un de nos interlocuteurs du champ hospitalier : « *On n'exploite pas assez la capacité des gens sur le terrain à activer une vraie démarche efficiente.* » De même que pour les hôpitaux magnétiques, le sentiment de proximité et d'écoute entre les personnels et la direction, d'écoute et de respect, constitue un élément incontournable de la réussite de ces démarches. La place laissée au management par projet constitue également une caractéristique des hôpitaux visités.
- [13] Le succès des établissements dépend également de leur capacité à fédérer les personnels autour de l'appartenance à un établissement. La capacité des établissements à attirer des personnels et à les garder est apparue prépondérante dans les facteurs de succès. L'appartenance à une équipe et la mission princeps du soin permettent que la solidarité et la confiance s'instaurent plus facilement. Les hôpitaux visités par la mission font également des efforts pour créer un sentiment d'appartenance à leur établissement en développant des valeurs propres. La promotion de l'innovation et de la recherche qui permettent la valorisation des équipes peuvent aussi constituer un facteur d'attractivité pour les personnels.

2.2. Les pôles : un levier de changement véritable mis en œuvre partiellement

- [14] La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et ses textes d'application ont confirmé le pôle d'activité clinique ou médico- technique comme pivot de la nouvelle gouvernance. Une enquête de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) datant de juillet 2011 montre que la réforme prospère surtout dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les gros établissements. La mission constate également que la mise en œuvre est graduelle et inégale selon les établissements.

2.3. *L'établissement doit s'investir dans la qualité de vie au travail*

- [15] Ainsi qu'on le retrouve dans la littérature, s'agissant notamment des « hôpitaux magnétiques », les professionnels de santé sont attachés à faire leur travail au mieux, à prendre en charge les patients dans les meilleures conditions et se sentent mal lorsqu'ils ont l'impression de ne pas passer assez de temps auprès d'eux ou de ne pas leur offrir l'ensemble des soins nécessaires. Les établissements de santé ont pu aborder la question de la qualité de vie au travail à travers la gestion des risques. La mesure de la qualité de vie au travail semble néanmoins encore peu homogène. L'indicateur de qualité de vie au travail le plus souvent suivi en routine est le taux d'absentéisme pour lequel les établissements ont mis en place des systèmes d'analyse et de réaction rapides afin de régler au plus vite les situations problématiques.

2.4. *Une attention particulière à la compréhension par les différents acteurs des démarches mises en œuvre : le rôle de la communication*

- [16] La mission a noté que les hôpitaux visités ont essayé de développer une communication multidirectionnelle (sens descendant, en transversal et dans un sens ascendant) qui a été théorisée dans le monde de l'entreprise et dont les cadres intermédiaires sont des acteurs indispensables. Par ailleurs, la nouvelle gouvernance a renforcé le lien médico-administratif. Il se traduit par des échanges d'informations très réguliers au niveau des exécutifs de pôle et du binôme chef d'établissement-président de la commission médicale d'établissement (CME) (hebdomadaires dans la majorité des établissements visités). A cet égard, la bonne entente entre directeur et président de CME est un atout considérable.

3. DES FACTEURS EXOGENES PEUVENT RENFORCER L'ETABLISSEMENT

- [17] La situation géographique d'un établissement de santé peut constituer un atout. Le potentiel démographique du territoire, c'est-à-dire l'évolution et la caractérisation de la population, desservi par un établissement est un élément déterminant. Dans le contexte de la T2A, la capacité d'un établissement à disposer des compétences médicales nécessaires en quantité et en qualité pour garantir les objectifs de prise en charge, est un déterminant en grande partie lié à sa situation géographique mais qui peut être facilité par des initiatives locales.
- [18] Par ailleurs, entre concurrence maîtrisée et complémentarité, l'établissement peut faire de son environnement hospitalier, sanitaire, médico-social et social une force.
- [19] Enfin, la taille pourrait également jouer un rôle dans la bonne santé financière des établissements mais ce phénomène n'est pas démontré. L'architecture, quant à elle, joue un rôle dans le fonctionnement des établissements.

4. LE LIEN ENTRE EQUILIBRE FINANCIER ET « HOPITAUX BIEN GERES » N'EST PAS UNIVOQUE

- [20] L'atteinte de l'équilibre financier est un objet majeur de préoccupation des directeurs d'établissements et des autorités de tutelles. Parmi les façons d'y parvenir, certaines peuvent avoir un impact durable sur la santé de l'établissement.

4.1. *Le bon usage des investissements est un révélateur de la qualité de gestion*

- [21] La maîtrise de l'investissement et son dimensionnement correct dès le départ, avec le souci constant d'éviter les dérapages et de prévoir un financement adapté, constituent des enjeux majeurs. La mission a ainsi pu observer, parmi les établissements visités, que certains d'entre eux avaient pu ménager une part d'autofinancement suffisante pour que la réalisation de leurs investissements ne mette pas en péril leur équilibre financier.

4.2. *L'accomplissement de ses missions sur le territoire s'impose à l'établissement*

- [22] La question de l'égal accès aux soins reste une obligation majeure mais qui doit être bien cernée et spécifiée. Quant à la permanence de l'accueil et de la prise en charge, elle peut s'avérer coûteuse pour les établissements.

4.3. *Préserver la qualité constitue une priorité*

- [23] L'équilibre financier de l'établissement pourrait être obtenu au détriment de la qualité des prises en charge. La certification constitue un atout mais reste encore trop axée sur le contrôle de conformité et sur les procédures. En outre, les coûts de la non-qualité constituent un gisement à exploiter. Il apparaît indispensable que les décideurs et en particulier les ARS accordent une même importance aux résultats sur la qualité qu'aux résultats financiers.

4.4. *Adaptation et anticipation supposent une vision prospective*

- [24] Le jugement porté sur la stratégie d'un établissement à un moment donné ne peut être statique et doit intégrer les évolutions du système de santé susceptibles d'impacter le devenir de l'hôpital et d'affecter les stratégies d'atteinte de l'équilibre. Les changements attendus liés au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, à l'innovation et au progrès médical, à la meilleure prise en compte des attentes des patients, à l'évolution du rôle social de l'hôpital et, à l'intégration de la dimension européenne, supposent des capacités d'anticipation et de réactivité de l'hôpital.

CONCLUSION

- [25] Les déterminants exogènes évoqués dans ce rapport, comme la démographie et l'attractivité du territoire, la nature de la concurrence en matière d'offre de soins ou la capacité à recruter un corps médical en phase avec les besoins, ont tous en commun d'influer de manière positive sur le niveau d'activité de l'établissement et sur son potentiel de développement. A contrario, les mêmes déterminants peuvent constituer des handicaps difficiles à surmonter, tout comme le poids du passé. Pour autant, la situation d'un établissement n'est pas la simple résultante d'une série de facteurs exogènes.
- [26] Au terme de ses travaux, la mission a pu mettre en évidence des déterminants que les établissements mobilisent de façon privilégiée pour améliorer leurs résultats financiers. Elle souligne que cet objectif ne peut être le seul moteur de leur démarche qui est également centrée sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.
- [27] Le management hospitalier dispose donc de moyens d'agir sur lui-même et en partie sur son environnement. Il est néanmoins tributaire des décisions de l'ARS. La mission souligne que les efforts de redimensionnement et de meilleure utilisation des ressources méritent d'être accompagnés de dispositifs qui permettent de s'assurer que l'établissement garde des capacités à investir, répond aux missions qui lui sont assignées et que la qualité de prise en charge des malades n'est pas altérée.
- [28] Dans ce contexte, la mission propose que les résultats relatifs à la qualité soient pris en compte au même titre que les résultats financiers par les décideurs et en particulier par les ARS. Cela nécessite de se doter de véritables indicateurs de résultats et non pas seulement de moyens ou de procédures.
- [29] Enfin, il apparaît qu'il n'y a pas de situation d'équilibre acquise une fois pour toute. L'établissement, même s'il a des résultats financiers satisfaisants, est en permanence sous tension pour répondre aux attentes parfois contradictoires entre les patients, les personnels, les orientations de l'ARS et les médecins prescripteurs. Les évolutions futures du système de santé peuvent également modifier le positionnement des établissements de santé.

- [30] Ces différents constats témoignent de la complexité du pilotage d'un établissement de santé qui doit être en permanence en capacité de mobiliser les personnels hospitaliers sur des projets construits ensemble, dans l'intérêt du service rendu au malade, d'anticiper les évolutions et de s'inscrire dans l'équilibre général du système de santé.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	4
1. LES ETABLISSEMENTS MOBILISENT L'ENSEMBLE DE LEURS MOYENS DE GESTION : LES DETERMINANTS.....	4
1.1. <i>La définition du projet stratégique d'établissement</i>	4
1.1.1. La vision stratégique concernant le positionnement de l'établissement dans son environnement apparaît essentielle.	4
1.1.2. L'hôpital peut tenter d'agir sur son environnement	4
1.1.3. La stratégie se traduit par des restructurations d'activités et le développement de la chirurgie ambulatoire.....	4
1.1.4. L'augmentation d'activité peut produire des résultats contrastés.....	4
1.2. <i>L'amélioration de l'organisation interne</i>	4
1.2.1. La fluidité du parcours du patient est un élément déterminant de l'efficacité et de la qualité du service rendu	4
1.2.2. La recherche de productivité sur les fonctions supports apparaît comme une constante	4
1.3. <i>L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques passe par une mobilisation des acteurs sur le cœur de métier</i>	4
1.3.1. Assurer un recrutement médical adapté aux besoins des malades, compte tenu du positionnement de l'établissement.....	4
1.3.2. Permettre aux médecins et aux soignants de se recentrer sur les prises en charge des malades et mieux décrire l'activité réalisée	4
1.3.3. Rechercher l'équité dans les démarches de mutualisation et d'adaptation des effectifs à l'activité	4
1.3.4. Un potentiel offert par une gestion globalisée des lits entre services.....	4
1.3.5. Une recherche de productivité des services cliniques et des plateaux techniques qui doit s'inscrire dans une stratégie globale de l'établissement	4
1.4. <i>Les outils de gestion et de pilotage sont au service du projet commun.....</i>	4
1.4.1. Des tableaux de bords spécifiques.....	4
1.4.2. Un système décisionnel permettant un pilotage au plus près et un alignement avec la stratégie.....	4
1.4.3. Un pilotage par la recherche d'un « case mix rentable » ne paraît pas pertinent pour les hôpitaux publics	4
2. UN MANAGEMENT A LA CONFIANCE ET UNE GESTION DIALOGUEE DES RESSOURCES HUMAINES COMME PREALABLES INDISPENSABLES.....	4
2.1. <i>Les déterminants évoqués précédemment n'ont de sens que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un management à la confiance.....</i>	4
2.2. <i>Le succès des établissements dépend de leur capacité à fédérer les personnels autour de l'appartenance à un établissement.....</i>	4
2.3. <i>Les pôles : un levier de changement véritable mis en œuvre partiellement</i>	4
2.3.1. Un des CHU visité a largement développé et approfondi les différents aspects de la réforme.....	4

2.3.2. La mission constate que la mise en œuvre est graduelle et inégale selon les établissements, quelle que soit leur situation financière	4
2.4. <i>L'établissement a intérêt à s'investir dans la qualité de vie au travail</i>	4
2.5. <i>Une attention particulière à la compréhension par les différents acteurs des démarches mises en œuvre : le rôle de la communication</i>	4
3. DES FACTEURS EXOGENES PEUVENT RENFORCER L'ETABLISSEMENT	4
3.1. <i>Une géographie et une démographie favorables</i>	4
3.1.1. Des zones géographiques particulièrement attractives	4
3.1.2. Un potentiel démographique facilitant	4
3.1.3. Une démographie médicale sur le territoire et un positionnement de l'établissement qui facilitent les recrutements	4
3.2. <i>Une offre de soins synergique sur le territoire</i>	4
3.2.1. Entre concurrence et complémentarité	4
3.2.2. L'obligation de permanence des soins peut peser différemment selon les contextes locaux et la nature du secteur d'aval influencent la performance de l'établissement	4
3.2.3. Le rôle des ARS demeure ici prépondérant.....	4
3.3. <i>Une architecture et une taille adaptées</i>	4
3.3.1. La taille pourrait jouer un rôle dans la bonne santé financière des établissements mais ce phénomène n'est pas démontré.....	4
3.3.2. L'architecture joue un rôle dans le fonctionnement des établissements.....	4
4. LE LIEN ENTRE EQUILIBRE FINANCIER ET « HOPITAUX BIEN GERES » N'EST PAS UNIVOQUE.....	4
4.1. <i>La maîtrise des dépenses demeure indispensable pour assurer l'autonomie et la capacité d'avenir des établissements</i>	4
4.2. <i>Le bon usage des investissements est un révélateur de la qualité de gestion</i>	4
4.2.1. La variabilité du concept de retour sur investissement selon la nature de celui-ci.....	4
4.2.2. L'investissement doit être justifié en lui-même.....	4
4.2.3. L'investissement doit être maîtrisé.....	4
4.2.4. L'investissement doit être correctement financé	4
4.3. <i>L'accomplissement de ses missions sur le territoire s'impose à l'établissement</i>	4
4.3.1. La question de l'égal accès aux soins reste une obligation majeure mais qui doit être bien cernée et spécifiée	4
4.3.2. Une permanence de l'accueil et de la prise en charge qui peut s'avérer coûteuse pour les établissements.	4
4.4. <i>Préserver la qualité constitue une priorité</i>	4
4.4.1. La pertinence des prises en charge et des actes constitue un préalable indispensable	4
4.4.2. La certification constitue un atout mais reste encore trop axée sur le contrôle de conformité et sur les procédures	4
4.4.3. Les coûts de la non-qualité constituent un gisement à exploiter	4
4.4.4. Il apparaît indispensable d'accorder une même importance aux rapports sur la qualité et aux rapports financiers	4
4.5. <i>Adaptation et anticipation supposent une vision prospective</i>	4
4.5.1. Vieillesse de la population et augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques.....	4
4.5.2. Innovation et progrès médical	4
4.5.3. Une meilleure prise en compte des attentes des patients	4
4.5.4. Une évolution du rôle social de l'hôpital.....	4
4.5.5. La prise en compte de la dimension européenne.....	4
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	4

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYE PAR LA MISSION.....	4
ANNEXE 2 : METHODOLOGIE DETAILLEE D'EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE.....	4
ANNEXE 3 : ANALYSE DETAILLEE DES CASE MIX CONCERNANT LA REPARTITION DES RESSOURCES (SOURCE ATIH).....	4
LISTE DES SIGLES UTILISES	4
BIBLIOGRAPHIE.....	4

INTRODUCTION

- [31] Dans son rapport relatif à la situation de la sécurité sociale de septembre 2010, la Cour des comptes relevait que le déficit brut des 1 040 établissements publics de santé ayant un comptable public s'élevait à 673 M€ (soit 1,5% de leurs recettes) en 2009 dont 651M€ pour les 517 établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A). La MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale) de l'assemblée nationale, dans son rapport de 2010, avait noté que 2008 marquait une inversion de la tendance à la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics : le déficit global avait été réduit d'un cinquième. Elle précisait que 40 % des établissements demeuraient en déficit selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'ATIH précise que cette tendance s'est confirmée en 2010 : si le nombre d'établissements publics (toutes disciplines confondues) en déficit est en hausse, « le déficit 2010 global réalisé est en nette amélioration »¹. Ainsi, la situation financière de certains hôpitaux apparaît préoccupante, mais tous les établissements ne connaissent pas de difficultés de ce type.
- [32] Dans ce contexte, l'IGAS a inscrit dans son programme de travail une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Cette mission a été confiée à Dominique Acker, Anne-Carole Bensadon, Patrice Legrand et Céline Mounier. L'objectif poursuivi n'était ni de produire un rapport prescriptif sur les bonnes pratiques de gestion hospitalière, ni un palmarès hospitalier.
- [33] La mission a choisi de restreindre son champ aux seuls établissements publics de santé comportant une activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Ce choix s'explique par les modalités de financement différentes entre les secteurs d'hospitalisation et par les contraintes spécifiques différentes qui s'imposent aux établissements publics de santé par rapport aux ESPIC (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif) et aux cliniques privées notamment concernant les modalités de gestion des salariés.
- [34] Les travaux réalisés visent à préciser la multiplicité des déterminants et des acteurs qui entrent en jeu, en les situant dans le paysage institutionnel. Ils doivent contribuer à éclairer le lecteur sur la complexité de ces situations, leur évaluation ne pouvant conduire à un jugement binaire sur le management de ces établissements, distinguant les établissements en déficit de ceux qui ne le sont pas : les marges de manœuvre ne sont pas forcément de même nature, les résultats s'apprécient sur la durée et la dynamique temporelle varie en fonction des situations des établissements. Le paramètre financier n'est pas le seul à prendre en compte.
- [35] Ces analyses laissent toutefois une large place aux modalités d'atteinte de l'équilibre financier car la maîtrise des coûts engendrés par l'activité hospitalière demeure nécessaire et légitime pour assurer la soutenabilité de notre système d'assurance maladie. Ainsi, la mission met en évidence des leviers qui apparaissent pertinents. L'hôpital est ainsi contraint par son environnement à rechercher des marges de manœuvre. Son histoire, sa situation géographique, ses liens avec la tutelle, le positionnement des élus ou encore le degré d'implication du corps médical sont autant d'obstacles ou d'atouts potentiels sur le chemin de l'équilibre financier. Cette préoccupation de réduction du déficit ne répond pas à une exigence formelle de rectitude comptable ou d'excellence budgétaire. Mais tant que cet objectif n'est pas atteint, la nécessité de revenir à l'équilibre se substitue pour une large part à la possibilité de financer des projets et des améliorations, d'étudier de nouvelles perspectives ou de provisionner en vue d'un investissement futur.

¹ Note d'analyse de la situation financière fin 2010 des établissements de santé antérieurement sous dotation globale hors AP-HP ; -39,3% entre 2009 et 2010.

- [36] La mission a donc porté une attention particulière aux actions concrètes facilitant la recherche de l'équilibre financier en combinant plusieurs approches² (auditions, analyse de la littérature, envoi d'un questionnaire et visites sur sites). La mission n'a pas été en capacité de qualifier chaque déterminant comme élément nécessaire, suffisant ou nécessaire et suffisant.
- [37] Cette analyse a conduit la mission à faire des choix afin de ne pas se lancer dans un inventaire exhaustif de tout ce qui peut ou a pu être réalisé pour contribuer à la maîtrise des dépenses de santé à l'hôpital ou accroître ses recettes. Elle s'est du reste positionnée sur la question de l'atteinte de l'équilibre par l'augmentation des recettes. Il est apparu que toutes ces démarches n'avaient de portée que si elles relevaient d'une stratégie globale, portée par le management de l'établissement au plus haut niveau et que le sens de ces démarches dépassait le simple cadre financier pour que le personnel hospitalier puisse se les approprier en tant que moteur de la qualité de prise en charge des patients ou gage d'investissement permettant d'atteindre cet objectif. Cela explique la place donnée à la question du management dans ce rapport.
- [38] Une fois mis en évidence des déterminants qui sont apparus prépondérants, la mission a tenu à souligner que la maîtrise des dépenses à l'hôpital ne devait pas être obtenue au détriment des missions de l'établissement, ni au détriment de la qualité de prise en charge des patients.
- [39] La question de qualité de prise en charge des patients est ainsi apparue essentielle à la mission du fait de son objet même qui résume le rôle premier de l'hôpital ; des coûts de la non-qualité qui peuvent peser sur les charges de l'établissement ; de la nécessité de ne pas regarder l'établissement sous le seul prisme financier et de disposer, au-delà du rapport de certification, d'une vision multidimensionnelle de l'établissement intégrant la qualité dans ses différentes composantes (efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience) en mobilisant des indicateurs de moyens, de processus mais aussi de résultats.
- [40] Elle rejoint la question plus large de la qualité du système de santé et de son organisation avec, en toile de fond, la pertinence d'une prise en charge hospitalière pour répondre à certains besoins compte tenu des possibilités existantes mais aussi de structurations différentes de l'offre qui pourraient émerger pour répondre notamment au défi de l'augmentation attendu du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.
- [41] Ce sont donc ces différents champs que la mission a investigué. Toutefois, la mission ne peut certifier qu'une mobilisation optimale de ces déterminants permettrait de surmonter des contraintes exogènes³ toutes défavorables, en particulier dans le délai des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), limité à 5 ans. Pour autant, il est probable que peu d'établissements soient dans une situation où tous les facteurs exogènes joueraient à leur rencontre.
- [42] Ce rapport décrit donc, à partir des éléments objectifs recueillis par la mission, les déterminants qui paraissent les plus probants pour restaurer la situation financière d'un établissement en laissant une place particulière aux modalités de management. Il insiste sur le poids des investissements dans les stratégies hospitalières. Enfin, il précise notamment pourquoi l'équilibre financier à lui seul ne peut suffire.

² La méthodologie est décrite dans l'encadré suivant.

³ Sur lesquels l'établissement ne peut agir

METHODOLOGIE

1) Entretiens auditions, groupes ad hoc

Pour mener à bien ses travaux, la mission a procédé par entretiens institutionnels et auditions de personnes ressources. Ont ainsi été auditionnés, la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), la DREES, l'ATIH, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements (ANAP), le Centre national de gestion (CNG), la Haute autorité de santé (HAS), les sept Agences régionales de santé (ARS) dont relevaient les sept établissements visités par la mission (cf. infra), le secrétariat général des ministères sociaux, les présidents des conférences des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) de CH et de CHU, les présidents des conférences de directeurs généraux et de directeurs de CHU et de CH, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), les syndicats représentatifs de la fonction publique hospitalière, des praticiens hospitaliers et des cadres hospitaliers.

Un « groupe interne » à l'IGAS a été régulièrement consulté. Il était constitué de cinq membres de l'IGAS ayant eu des fonctions de directeurs d'établissements de santé ou de directeurs d'ARH. La mission a également mis en place un « groupe d'appui », composé de directeurs d'établissements, de présidents de CME, d'une coordinatrice des soins, d'un médecin responsable de département d'information médicale (DIM), d'une responsable des systèmes d'information, du directeur de l'institut du management de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et d'un chercheur, qu'elle a réuni à 2 reprises.

2) Envoi d'un questionnaire aux établissements

Ces auditions ont été complétées par l'élaboration, l'envoi et le dépouillement d'un questionnaire à 120 établissements, assurés avec l'aide de Philippe Romenteau, membre de l'Inspection générale des affaires sociales. Les 120 établissements ont été sélectionnés par échantillonnage stratifié à partir de l'ensemble des établissements publics présentant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) répartis en quatre strates : CHU, CH ayant un budget supérieur à 70Md'€ CH ayant un budget de 20 à 70Md'€ CH dont le budget est inférieur à 20 Md'€ Les établissements dont l'activité MCO représente moins de 5% de l'activité totale de l'établissement n'ont pas été retenus. Les hôpitaux locaux ne faisaient pas partie de l'étude. La mission n'a pas non plus intégré dans le traitement des données, celles provenant d'un établissement où elle avait effectué une visite (cf. infra).

A l'intérieur de chaque strate, l'échantillonnage a été réalisé comme suit :

- pour les CHU : échantillonnage exhaustif (à l'exception des CHU de Brest et Toulouse pour lesquels la mission a effectué une visite sur site) ;
- pour les CH d'un budget supérieur à 70Md'€ : 1 établissement sur 3 ;
- pour les CH d'un budget compris entre 20 et 70 Md'€ : 1 établissement sur 4 ;
- pour les CH d'un budget inférieur à 20 M d'€ : 1 établissement sur 6.

Dans les différentes strates, les établissements ont été classés en utilisant des variables supposées refléter les positionnements financiers des établissements les uns par rapport aux autres.

Ce classement n'a pas de légitimité propre et vise uniquement à retenir des établissements présentant des profils financiers différents. Il ne s'agit en aucun cas d'un classement des établissements « bien gérés ».

Pour mener à bien cette analyse, la mission a bénéficié de l'appui et de l'expertise de Delphine Chaumel, membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

Le questionnaire figure en annexe 1. La mission a également demandé à l'ATIH de lui fournir des données par établissement afin de limiter au maximum le nombre de questions à renseigner par les établissements.

L'exploitation de ce questionnaire a été réalisée de façon globale puis l'ATIH a procédé à une segmentation des établissements en fonction des variables présentées ci-dessous :

- V1 : résultat budget global hors subventions d'exploitation / total des produits hors subventions d'exploitation ;

- V2 : taux de marge brute hors subventions d'exploitation ;
- V3 : taux de capacité d'autofinancement (CAF) hors subventions d'exploitation ;
- V4 : ratio d'indépendance financière ;
- V5 : évolution du taux de marge brute hors subventions d'exploitation entre 2008 et 2010.

La méthodologie détaillée figure en annexe 2.

3) Visites sur sites

La mission s'est déplacée dans sept établissements situés dans sept régions différentes. Ces établissements ont été retenus sur la base de différents critères, notamment financiers, mais aussi après avoir sollicité l'ARS concernée sur l'intérêt d'une visite dans l'établissement pressenti. La mission a également consulté les rapports de certification des établissements. Parmi les établissements visités, tous ne présentaient pas le même « profil financier ». D'autres établissements auraient pu être visités sur la base de ces critères ou de critères proches tout aussi légitimes. Ces choix ne reflètent en aucune manière un « palmarès des hôpitaux ». La mission a choisi de ne pas procéder par description monographique dans son rapport mais d'illustrer le choix des déterminants mis en exergue par les expériences sur site.

La mission a rencontré, dans la majorité des cas, le directeur de l'établissement, le président de la CME, le directeur des soins, les représentants des usagers, des chefs de pôles dont au moins celui comportant le service des urgences, des cadres soignants de pôles, des responsables administratifs de pôles, le responsable du département d'information médicale, le directeur financier et le contrôleur de gestion, le responsable qualité, le responsable du service social. Elle a également rencontré différents professionnels notamment des chefs de projet sur proposition des responsables d'établissement. La liste des personnes auditionnées par site figure à la fin du rapport.

1. LES ETABLISSEMENTS MOBILISENT L'ENSEMBLE DE LEURS MOYENS DE GESTION : LES DETERMINANTS

1.1. La définition du projet stratégique d'établissement

1.1.1. La vision stratégique concernant le positionnement de l'établissement dans son environnement apparaît essentielle.

[43] La préparation du projet d'établissement repose notamment sur une analyse sans concessions de son attractivité par discipline (parts de marché), de ses forces et faiblesses ainsi que de l'évolution de l'environnement (démographie, coopérations et concurrence). La capacité de l'établissement à recruter des personnels médicaux et soignant joue également un rôle déterminant dans la construction de la stratégie de l'établissement. Il ne peut en outre y avoir de projet autocentré sans prise en compte de l'environnement proche et départemental, voire régional.

[44] Pour construire cette stratégie, un établissement hospitalier public ne peut en décider de manière autonome. Il doit en effet répondre aux besoins de son territoire dans le cadre de la mission qui lui est désignée par l'ARS et le Plan régional de santé (PRS). L'établissement devra notamment adapter sa stratégie au contenu du projet régional de santé. Ces évolutions devraient rejoindre les préoccupations de l'établissement concernant les perspectives de changement du système de santé (cf. infra).

[45] La nature mixte de la régulation, par les tarifs et les autorisations, explique que l'autonomie de l'établissement demeure limitée, ce que la mission ne remet pas en cause.

- [46] La mission considère que l'ensemble de la communauté hospitalière doit travailler sur l'image des établissements qui reste très liée au caractère « noble » de certaines activités, au détriment d'autres, et non pas au service rendu à la population. La réussite d'une stratégie partagée, notamment lorsqu'elle implique des reconversions d'activités, réside dans le travail managérial et culturel qui pourra être mené dans ce domaine.
- [47] Le rapport de l'IGAS RM2012-011 relatif à l'évaluation de la T2A sur le management des établissements de santé a constaté que l'impact de la T2A sur la définition de la stratégie d'offre de soins interne aux établissements et au niveau régional était limité. Les auteurs l'expliquent par le manque de lisibilité de l'élaboration des tarifs et l'instabilité du modèle et recommandent une clarification par les autorités de tutelle des modalités de financement de l'investissement. Il est ainsi noté que « *la meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l'activité médicale obtenus avec l'instauration de la T2A n'a pas conduit à ce jour, à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements* » mais à des actions ciblées (baisse de la durée moyenne de séjour (DMS), développement de la chirurgie ambulatoire et des coopérations).
- [48] Il semblerait que très peu d'établissements aient délibérément modifié leur profil d'activité et leur case-mix pour améliorer leurs résultats de gestion : d'après l'enquête réalisée par la présente mission, cela concernerait moins de 16% des établissements. La mission reviendra ultérieurement sur la notion de case mix « rentable ».

A ce titre, le projet d'établissement 2011-2015 du CH-de-Bourg en Bresse paraît une bonne illustration de la manière dont peut être construit un tel document. Sa méthode d'élaboration s'est voulue participative (groupes de travail pluridisciplinaires chargés d'approfondir des thématiques prioritaires définies par le comité de pilotage du projet d'établissement). Elle s'est également fondée sur un diagnostic stratégique de l'environnement et de l'activité de l'hôpital ainsi que sur une analyse qualitative réalisée par les pôles, avec l'accompagnement d'un consultant. L'identification des forces et faiblesses, des opportunités et des menaces a permis de dégager les axes prioritaires et de décliner les orientations du projet dont le directeur rappelle en propos liminaires qu'il s'inscrit dans le plan stratégique régional Rhône-Alpin.

1.1.2. L'hôpital peut tenter d'agir sur son environnement

- [49] La modification du positionnement stratégique de l'établissement peut revêtir des formes diverses.
- [50] Bien souvent, c'est le jeu de la concurrence qui domine. Ce jeu a modifié, au fil du temps le paysage sanitaire et s'est traduit notamment par la disparition ou le maintien d'établissements de santé. Les hôpitaux qui sont toujours présents, conformément à leur vocation de couverture du territoire, n'ont pas toujours pu conserver leur chirurgie. Celle-ci a tendance à se déplacer vers les centres hospitaliers de recours, comme c'est aussi le cas pour les maternités. Le jeu de la concurrence doit s'apprécier sur la durée car il tend à se supprimer lui-même lorsqu'il a pleinement joué. Naturellement, il aboutit, selon les cas, à des spécialisations et à des concentrations.
- [51] Cependant, les territoires régionaux ou locaux mettent en place des stratégies de survie. Ainsi des politiques de niche locale peuvent aboutir à faire site commun entre une clinique capable de recruter des chirurgiens et un établissement public soucieux de conserver une maternité de proximité. Cette politique de plateau technique unique peut éventuellement être soutenue par l'ARS.
- [52] La fusion d'établissements publics de niveau égal est relativement rare car elle s'adresse à des hôpitaux qui sont le plus souvent situés dans des villes distantes (de 40 à 50 kms par exemple lorsque l'on quitte les grandes conurbations de l'Ile-de-France ou du Nord-Pas de Calais). Elle risquerait d'aboutir à des établissements à double site manquant à l'objectif premier de cette réunion.

- [53] Mais le rattachement d'établissements de tailles différentes est plus fréquent. Il prend, lorsqu'il réussit, des formes éventuellement moins formelles que les groupements de coopération sanitaire (GCS) ou les communautés hospitalières de territoire (CHT). Le recours à la direction commune ou à la direction par intérim est parfois mais pas toujours, l'antichambre de la fusion. Elle favorise le soutien d'une gestion plus solide et aux compétences plus diversifiées et les coopérations médicales telles que par exemple les consultations délocalisées qui permettent aux personnes de bénéficier sur place de la compétence des spécialistes et aux établissements de recours de mieux faire connaître leur offre de soins.
- [54] Le rapport RM2012-020⁴ relatif aux fusions et regroupements hospitaliers sur les 15 dernières années note que l'objectif d'efficacité et d'attractivité des regroupements de structures (vis-à-vis des patients et des professionnels) n'est pas nécessairement atteint et que les réorganisations sont le meilleur outil pour faire des économies alors que la fusion elle-même peut engendrer des surcoûts et dysfonctionnements. Il constate que 9% des établissements publics de santé (EPS) ont fusionné depuis 1995 selon un mode souvent défensif (baisse de lits). Le nombre de cliniques a diminué de 8% entre 2003 et 2008 selon un mode généralement offensif (augmentation de lits) souvent pour intégrer un groupe. Le rapport pointe des facteurs négatifs aux fusions d'hôpitaux (éloignement, taille similaire, absence de complémentarité des activités, bassins de vie différents) et des leviers (l'implication des dirigeants : ARS et directoire, chacun dans leur rôle ; la prise de décisions stratégiques au bon moment).
- [55] L'hôpital peut aussi agir sur son positionnement stratégique sans restructurations, ni constructions, ni modifications institutionnelles, par ajustement de sa production d'une manière éventuellement concertée avec ses partenaires territoriaux. Cet ajustement peut au besoin être consolidé dans la rédaction du schéma régional d'organisation des soins (SROS), dans le projet de territoire ou dans les contrats conclus entre les établissements du territoire et l'ARS. Nous verrons plus loin que le rôle de cette dernière demeure néanmoins prépondérant sur certains choix stratégiques.
- [56] De plus, si l'établissement public de santé dispose d'une gamme importante de moyens d'action, il serait illusoire de croire qu'ils peuvent être décidés et mis en œuvre rapidement. Pour tous ces processus, le temps de convaincre est le plus souvent bien plus long que le temps de la construction.

1.1.3. La stratégie se traduit par des restructurations d'activités et le développement de la chirurgie ambulatoire

- 1.1.3.1. Les restructurations d'activités en interne peuvent constituer un levier majeur d'efficacité si elles vont dans le sens d'une amélioration des prises en charge

- [57] La recherche au sein d'un même établissement, de services d'activité très fortement comparable en vue de les réunir au sein d'un même lieu géographique, unité constitutive d'un même pôle, permet de donner davantage de lisibilité à cette activité vis-à-vis des patients et des médecins de ville, de favoriser les échanges de pratiques. Elle facilite les mutualisations de personnels, en particulier si le projet architectural permet de dimensionner le service de façon optimale. Beaucoup d'établissements ont fait la démarche de regrouper des activités comparables pour atteindre une taille jugée optimale par rapport aux effectifs nécessaires. Cette taille doit être proche d'un multiple de 30, ce chiffre de 30 lits semblant être « *un seuil standard pour allouer les ressources humaines*⁵ ».

⁴ Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012.

⁵ La gestion des lits dans le hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences, MEAH, 2008, p 73.

Le CH de Laval a entrepris de redimensionner ses unités de soins là où l'architecture le lui permettait, passant à des unités de 27 lits en moyenne au lieu de 20 précédemment.

- [58] Cette démarche est d'autant plus efficiente qu'il s'agit de services dont les effectifs de personnels sont imposés par des normes, comme en réanimation par exemple. Dans ce contexte, la fusion des différents services de réanimation et le rapprochement avec la plupart des unités de soins continus apparaît comme une stratégie relativement partagée. Les normes de personnels sont appliquées sur les malades présents et non en fonction du nombre de lits autorisés ce qui suppose une réactivité aux changements de situation et une capacité à mutualiser les personnels au sein du pôle (cf. infra). Ces restructurations peuvent également contribuer à diminuer le nombre de lignes de garde.

Le CH de La Rochelle, après avoir constaté que les effectifs de réanimation et de surveillance continue étaient calculés sur un taux d'occupation théorique de 100% alors que les taux réels étaient nettement inférieurs (passant de 92% à 80% entre 2009 et 2011 en réanimation et de 74% à 65% en surveillance continue), a mis en place une fiche action sur l'adaptation des effectifs paramédicaux à l'activité dans ce secteur.

Au CHU de Brest, les restructurations des services de réanimation et de soins critiques ont conduit, après un travail d'une année sur les effectifs, à redéployer 25 postes de soignants.

- [59] Les restructurations internes avec, en particulier pour les CHU, la réduction des sites d'imageries ou les restructurations de laboratoires d'analyse constituent un atout. Ces démarches peuvent avoir leurs limites si l'objectif ne demeure pas celui d'une optimisation de la performance globale de l'établissement (cf. infra).

- [60] C'est dans la même logique que s'inscrit le regroupement des blocs opératoires avec, comme dans les autres cas, une contrainte architecturale et une organisation efficiente à trouver, y compris pendant le déroulement des travaux. S'agissant des restructurations internes concernant le secteur de la pharmacie, d'autres contraintes se surajoutent, rendant plus délicats les rapprochements de pharmacies sur un même site. D'après notre enquête, 88% des établissements ont mené des actions d'amélioration de l'efficience du bloc.

L'exemple du CHU de Toulouse montre que les restructurations internes de services logistiques peuvent être l'occasion de redéploiement de personnels des activités de logistiques vers les soins.

- [61] Le moteur du changement n'est pas la simple maîtrise de dépenses de santé mais s'inscrit dans une stratégie globale de l'établissement visant à améliorer la qualité des prises en charge, qualité et optimisation des dépenses étant envisagées de façon emboîtée.

Au CHU de Brest, la suppression d'un service de chirurgie viscérale a eu un effet fortement restructurant avec le redéploiement de 40 postes. Cette opération a pu être réalisée dans un climat de compréhension entre les différents acteurs. Les données objectives d'activité du service, l'existence d'un service permettant de répondre aux besoins de la population et le redéploiement d'une partie des postes en vue d'améliorer les prises en charge au sein de l'établissement ont été autant d'éléments expliquant l'appropriation du projet par les acteurs concernés.

- [62] Dans les cas des centres hospitaliers les plus importants, la restructuration peut consister en un regroupement total des plateaux techniques d'un même hôpital sur un seul site ou bâtiment afin d'éviter des doublons et des transports intra hospitaliers coûteux et sources de ralentissement. Le caractère mono-site d'un CHU, tel que celui de Poitiers, est une contribution aux bons résultats de celui-ci. Ces restructurations impliquent bien entendu des décisions concertées entre ARS et établissements, puisque la nature des autorisations, le SROS et éventuellement des autorisations de financement des investissements entrent en jeu.

- [63] En conclusion, l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients constitue un objectif fédérateur, qui peut être partagé et favoriser le changement. Il ne peut être réalisé sans une attention particulière aux conditions de travail des personnels soignants notamment. Les contraintes architecturales ne permettent pas toujours de telles opérations. En outre, le succès de ces restructurations résulte de la co-construction et de l'explicitation des contraintes en prenant en compte les notions de taille critique et ce tout particulièrement pour les services à effectif normés.
- [64] Le potentiel d'efficacité de ces restructurations internes ne peut s'exprimer que si elles d'inscrivent dans la stratégie globale de l'établissement, dans le cadre d'un projet médical et soignant partagé par les différents acteurs. La mise en place d'une instance de suivi spécifiquement tournée vers les projets structurants, à l'instar de ce qu'a mis en place le CHU de Toulouse, paraît constituer un atout supplémentaire.
- [65] La mise en place d'un processus de décision concerté, objectivé, documenté, motivé, partagé et daté est un gage de réussite. Son évaluation, à partir de critères énoncés à l'avance et acceptés, participe à créer la confiance et à souder le collectif. L'ensemble de cette démarche permet la collaboration de légitimités professionnelles fortes, la construction de compromis, l'évolution culturelle et la mise en acte de valeurs communes (cf. partie 2).
- 1.1.3.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une modalité d'offre indispensable à la prise en charge des malades porteurs d'efficacité
- [66] Développer la chirurgie ambulatoire permet d'élargir l'offre de soins délivrés aux patients. Le rapport de l'IGAS relatif aux fusions et rapprochements hospitaliers sus mentionnés précise que *« l'hospitalisation traditionnelle implique un fonctionnement 24h/24 qui nécessite grosso modo 6 infirmières pour remplir un poste de travail 24 h/24 durant 365 jours, alors que la chirurgie ambulatoire qui ne fonctionne que les jours ouvrés demande entre 1 et 2 infirmières pour tenir un seul poste à l'année. Le bloc opératoire n'est pas ouvert la nuit dans cette unité, et les gardes ne sont pas nécessaires, même si le chirurgien reste joignable sur son portable. La prise en charge en ambulatoire est plus efficace, car elle mobilise moins de ressources/actes. En outre, la même place peut accueillir plus d'un malade (1,2 à 1,8). D'un point de vue micro économique, la clinique ou l'hôpital y voient un avantage d'autant plus grand que l'acte de chirurgie ambulatoire est désormais tarifé au même niveau qu'un acte de chirurgie de courte durée, alors qu'il revient moins cher à produire »*.
- [67] La plupart des établissements visités ont mis en avant le fait que la réussite de projets de développement de chirurgie ambulatoire suppose de mettre en place une organisation dédiée et nécessite une configuration architecturale adaptée. L'organisation ambulatoire suppose de repenser les manières de soigner et de structurer les circuits de prise en charge. Toutefois, selon certains de nos interlocuteurs, *« il reste difficile de sortir de l'idée qu'une place peut accueillir plus d'un malade par jour »*. Cette manière de penser l'organisation ne semble pas avoir diffusé pour les activités non ambulatoires. Les équipes chirurgicales sont maintenant conscientes de la nécessité d'augmenter la part ambulatoire de leur activité. La question du potentiel fait encore débat et engendre des résistances. Une double marge de progression existe, sur les groupes homogènes de séjours (GHS) identifiés comme ambulatoires et sur ceux qu'il est possible de réaliser en ambulatoire. Lors des visites sur site, des interlocuteurs de la mission ont en outre souligné que le transfert d'une chirurgie conventionnelle vers une chirurgie ambulatoire semblait plutôt bien accepté compte tenu notamment de la qualité de vie au travail
- [68] Les investissements immobiliers sont donc à repenser en fonction de l'évolution vers l'ambulatoire, des changements d'activité en hospitalisation conventionnelle, avec comme élément de prospective à intégrer, l'émergence potentielle de centres ambulatoires, à l'instar de ce qui existe aux Etats-Unis.
- [69] Le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle concerne également la médecine. Ce point ne sera pas développé, la mission ayant choisi de ne pas approfondir toutes les thématiques et de se limiter à un focus sur certaines d'entre elles.

1.1.4. L'augmentation d'activité peut produire des résultats contrastés

[70] Un certain nombre de contraintes pèsent sur les établissements dans la mesure où ils sont confrontés à la triple nécessité de prendre en charge la population, d'assurer leur équilibre financier dans le respect des possibilités économiques de la collectivité, et d'orienter leur avenir dans leur contexte locorégional.

[71] La première de ces contraintes résulte d'un tarif administré, défini nationalement par les autorités publiques. La logique de la tarification à l'activité, la nomenclature et la valorisation des tarifs s'imposent à l'hôpital. Celui-ci ne peut assurer ses ressources que par une activité apporteuse de recettes. L'arbitrage entre prix et volume destiné à rendre compatible l'évolution de l'activité soignante et le montant global des ressources que l'assurance-maladie peut consacrer à la dépense hospitalière est réalisé au niveau national. Très souvent, un montant national d'économies est défalqué de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les tarifs peuvent ainsi, à activité inchangée, ne pas assurer un financement globalement reconduit, et supposent une amélioration de la performance des établissements. La moindre revalorisation tarifaire rend alors plus nécessaire encore, pour l'établissement, la progression de son activité s'il veut maintenir son niveau budgétaire antérieur.

1.1.4.1. L'augmentation d'activité qui répond à la logique de la tarification demeure cependant une stratégie incertaine

[72] La logique de la T2A pousse chaque établissement à augmenter son activité. En effet, dans le régime tarifaire actuel l'établissement se trouve dans l'obligation d'assurer des recettes. Toutefois, l'augmentation d'activité n'est pas une politique nécessairement assurée du succès. Une fois atteints les objectifs d'exhaustivité et d'optimisation du codage (en particulier par prise en compte de la complexité), les établissements se préoccupent d'accroître leur activité réelle. Cependant, l'ensemble des établissements étant soumis à la même logique, la demande de soins peut, selon les pathologies ou les disciplines, se trouver saturée dans leur aire de recrutement de patientèle. Le temps de la montée en charge peut être plus long que prévu ou les perspectives de progressions démographiques peuvent être sollicitées au-delà du réel, et l'hôpital considéré peut aussi ne pas être le gagnant du concours ainsi ouvert avec les autres établissements. Enfin, les fuites hors territoire peuvent se révéler moins récupérables qu'envisagé. Quelques cas de fuite en avant ont ainsi pu se produire, aggravant, in fine, le résultat financier.

[73] La mission a constaté que les établissements « bien gérés » avaient tendance à adopter une politique prudentielle, en ciblant les activités nouvelles, pour lesquelles il leur était nécessaire de procéder à des recrutements, en laissant pour les disciplines existantes, les augmentations de recettes précéder autant que possible, celles des charges.

Au CHU de Toulouse, tous les projets d'investissement font l'objet d'une analyse de retour sur investissement (RSI) préalable. C'est sur la base des résultats de cette analyse qu'ils sont intégrés au plan global de financement pluriannuel (PGFP) dans la limite du respect des équilibres budgétaires et financiers d'une part et dans la limite de l'autorisation globale du plan d'investissement autorisé par le directeur général de l'ARS. Par ailleurs, tout projet nécessitant ou pas la réalisation d'investissement (création d'un poste de médecin par exemple) fait l'objet d'un compte de résultat prévisionnel faisant apparaître l'intégralité des charges et produits liés à la mise en œuvre de ce projet, y compris les charges indirectes et de structure qui sont intégrées au calcul. Ainsi, un accord entre la direction et la communauté médicale a permis d'intégrer aux projets et contrats de pôle des postes créés au titre d'un développement d'activité et de recettes. Une évaluation initiale est réalisée, suivie d'un bilan réalisé par le DIM et le contrôle de gestion après 12 mois de démarrage des activités : un poste de praticien contractuel est pérennisé en un poste de praticien hospitalier (PH) en cas de bilan favorable.

- [74] Enfin, la gestion tarifaire n'offre pas une sécurité à court et moyen terme. La T2A dont la complexité croissante rend de plus en plus nécessaire le truchement d'experts, connaît des variations qui ne peuvent pas toujours être anticipées par les établissements et ne sont connues le plus souvent qu'une fois l'année engagée. Les dotations en missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) jouent de moins en moins un rôle d'amortisseur. Si elles prennent encore parfois la forme de subventions d'équilibre non reconductibles et parfois reconduites, celles-ci n'en diminuent pas moins.
- [75] La mission a observé que certains établissements visités prenaient en compte, dans leur gestion infra annuelle, une part d'incertitude plus importante visant à moins engager de dépenses a priori. L'espoir même confirmé de recettes nouvelles ne peut ainsi dispenser de la maîtrise des dépenses.
- 1.1.4.2. Pour définir les objectifs d'activité, les établissements s'appuient sur des études médico-économiques qui ne permettent toutefois pas de lever entièrement l'incertitude
- [76] La prévision du volume d'activité d'un établissement dépend de la qualité du travail de prévision réalisé par le DIM et les responsables de discipline. Il s'agit, à partir de l'activité réalisée en année N, des développements ou réductions d'activités existantes en fonction des projets et informations disponibles à un moment donné, de la mise en place d'activités nouvelles, le tout en étudiant l'environnement (évolution possible des parts de marché en fonction des établissements environnants et de la patientèle), d'évaluer le potentiel d'augmentation globale d'activité d'un établissement. Une fois ce volume établi, la valorisation de l'activité est alors réalisée, avec les aléas liés au mode de financement actuel. Les évolutions de la classification et des tarifs conduisent en effet à une instabilité du modèle T2A qui ne permet pas de visibilité, même à court terme. « *A titre d'exemple, l'introduction de la nouvelle classification des groupes homogènes de malades – GHM - (V11) a entraîné en 2009 une variation des recettes en effet volume de – 0,5% à +7,7% dans les CHU, la moyenne se situant à + 3,3%. Mais il faudrait pouvoir distinguer pour chaque CHU ce qui est dû au modèle lui-même de ce qui résulte des évolutions de son activité ou de ses pratiques en matière de codage*⁶ ».
- [77] La mission a noté, dans l'ensemble des sites visités, que les projets de développement d'activités nouvelles faisaient systématiquement l'objet d'études médico-économiques visant à mesurer leur impact en termes d'équilibres budgétaires. Certains établissements effectuent également ce type d'études pour l'embauche des médecins ou l'extension d'activités existantes. Ce travail d'évaluation du volume d'activité et de sa valorisation est réalisé par les DIM et le contrôle de gestion de façon plus ou moins intégrée en fonction des organisations en place.
- [78] Cependant, la mission a pu constater que, mis à part certains établissements bénéficiant d'une comptabilité analytique leur permettant d'associer un coût au GHS, les études médico-économiques actuellement menées sont fondées sur les coûts standardisés de l'étude nationale des coûts (ENC) et non sur les coûts réels de l'établissement, donnant une vision approximative du résultat. En outre, la non-concordance des tarifs et des coûts ajoute à la difficulté de l'exercice, le modèle T2A n'étant pas neutre puisqu'il vise notamment à inciter au développement de certaines activités (chirurgie ambulatoire par exemple).
- [79] L'important est ici de remarquer que l'ensemble des établissements rencontrés par la mission ont intégré une démarche qui utilise en routine des études médico-économiques comme aides à la décision pour mettre en place une nouvelle activité, en développer une existante ou le cas échéant, réduire les moyens attribués à une activité ou y mettre fin, dans la limite des missions qui sont assignées à l'établissement.

⁶ Rapport de la cour des comptes pour la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012, septembre 2011, p 249.

Par exemple, le projet médical commun entre les centres hospitaliers de La Rochelle et de Rochefort-sur-Mer pose comme sixième principe général sur un total de sept : « *la prise en compte des contraintes de financement liées à l'activité (T2A) : le développement de synergies médicales et médico techniques communes reposent sur l'objectivation des coûts et des recettes générées par ces activités. Le suivi médico économique des coopérations engagées permettra à chaque partenaire de tracer les activités réalisées, d'assurer une compensation des coûts afférents et un partage équitable des recettes créées* »⁷.

- [80] Tous les établissements rencontrés ont également insisté sur le fait que le résultat de ces études ne constitue qu'une partie des motifs justifiant la création d'activité nouvelle : les facteurs de réponse aux besoins du territoire, d'attractivité médicale ou d'innovation entrent également en ligne de compte et peuvent supplanter un résultat économique a priori déficitaire.

A Brest, les projets instruits font l'objet d'une étude médico-économique et d'une fiche projet présentant notamment un calcul de résultat marginal.

- [81] Néanmoins, même si la qualité du travail d'évaluation préalable des volumes d'activité est optimale, elle est soumise à des aléas. Ainsi, lors de ses visites, la mission a constaté à plusieurs reprises que la prévision d'activité s'était révélée fautive (y compris dans les établissements ayant des résultats financiers satisfaisants), dans le sens d'une sous estimation ou d'une sur estimation. Dans le premier cas, cela peut générer un ajustement des moyens notamment paramédicaux que l'établissement n'est pas nécessairement en mesure de fournir (sur les catégories professionnelles où le recrutement est difficile). Dans le deuxième cas, une sur estimation de l'activité et donc des recettes afférentes peut poser un problème majeur à l'établissement ayant engagé des dépenses effectives qu'il ne peut couvrir. De fait, l'allongement non prévu de travaux, le départ d'un praticien dans une équipe resserrée (chirurgien, radiophysicien par exemple), ou l'arrêt prolongé d'un équipement sont autant de causes qui mettent en péril la réalisation d'une activité.

Le CH de Laval n'a pu, en 2011, atteindre son objectif prévisionnel d'activités. Il a en conséquence davantage agi sur la maîtrise des dépenses pour respecter son Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Le CHU de Brest a dépassé en 2011 l'activité prévisionnelle.

- [82] Ainsi, les projets d'établissement reposant sur des développements d'activités liés à la résorption de « fuites » de patients hors du territoire doivent être considérés avec prudence et accompagnés de plans d'action volontaristes et significatifs : les établissements reconnaissent qu'il est plus facile de s'adapter à la réalité des flux des patients que le contraire, d'autant que les découpages administratifs ne coïncident pas toujours avec les flux de population.

Sur le territoire de la Mayenne, département de 300 000 habitants, le taux de fuite atteint près de 30% mais le CH de Laval, considéré comme CH de recours peut difficilement compter sur sa collaboration avec le CH de Château-Gontier tourné vers Angers ; de même que le CHU d'Angers est moins attractif que la ville de Rennes vis-à-vis des patients de Laval.

⁷ In projet médical logistique et de gestion commun des centres hospitaliers de la Rochelle et de Rochefort-sur-Mer 2010-2015, p19.

1.2. *L'amélioration de l'organisation interne*

1.2.1. **La fluidité du parcours du patient est un élément déterminant de l'efficience et de la qualité du service rendu**

- [83] L'appropriation des enjeux liés à la tarification à l'activité a incité les établissements à se préoccuper des durées de séjours et de leurs écarts par rapports aux DMS cibles. L'étude conduite par la DREES en 2009 concernant l'impact de la T2A avait mis en évidence la faiblesse des impacts et des outils utilisés pour optimiser le parcours du patient⁸. Il nous est apparu que les établissements avaient bien identifié leurs marges de progression dans ce domaine, sans toutefois systématiquement réussir à mettre en œuvre des actions correctrices.

Le CH de Laval organise en routine plusieurs actions autour du suivi de la DMS. Il s'agit de revues de pertinence réalisées a posteriori à partir des dossiers médicaux. Cet établissement dispose de capacités d'aval importantes avec un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) reconnu et des lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pourtant, les revues de pertinence ont mis en évidence les freins liés au refus par les patients eux-mêmes de leur sortie vers un établissement de soins de suite ou d'hébergement.

1.2.1.1. Une meilleure maîtrise de l'amont

- [84] La maîtrise de l'amont est en général abordée sous une double problématique : celle des urgences et celle de la personne âgée, voire de la maladie chronique.
- [85] En ce qui concerne les urgences, les établissements se sont doublement investis sur la question de la permanence des soins (PDS) en ville :
- d'une part, en s'impliquant dans l'organisation de la permanence du centre 15, ce qui est de leur mission lorsqu'ils sont siège de SAMU (service d'aide médicale d'urgence) ;
 - d'autre part, en facilitant la mise en place de maisons médicales de garde, allant jusqu'à proposer des locaux en cas de besoins.
- [86] L'accueil de la personne âgée aux urgences constitue un enjeu majeur. Parmi les établissements que la mission a visités, les urgentistes, les gériatres, mais aussi les praticiens d'autres services cliniques ont cherché à développer, en amont de l'hospitalisation, une relation personnalisée avec les établissements d'hébergement et les médecins traitants de manière à identifier un circuit d'hospitalisation directe des personnes âgées en médecine.
- [87] D'après notre enquête, 31% des établissements ont mis en place des numéros d'appels spécifiques à destination des médecins de ville, ce pourcentage étant supérieur pour les établissements ayant les meilleurs résultats financiers. Les établissements estiment que 55% à 76% des comptes-rendus d'hospitalisation sont envoyés dans un délai inférieur à 8 jours, les taux les plus élevés d'envoi des comptes-rendus dans ce délai étant observés dans les établissements ayant les résultats financiers les plus satisfaisants.
- [88] L'impact est non seulement positif pour le patient et son médecin, mais il est également gage d'efficience dans la prise en charge.

⁸ Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, Moisdon J-C., Pepin M., DREES, Série études et recherches n° 97, mai 2010.

1.2.1.2. La réactivité et la fluidité dans la relation urgences/services cliniques

- [89] Des organisations spécifiques peuvent contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées arrivées en urgence. Elles peuvent correspondre à des protocoles définissant sans ambiguïté les modalités de recours du service d'urgence aux gériatres et aux autres spécialistes de l'établissement. Elles peuvent également aller jusqu'à la mise en place de lits d'hospitalisation post urgences gériatriques⁹ supposée faciliter l'hospitalisation de patients âgés qui le nécessiteraient. L'existence de services de court séjour gériatrique peut également contribuer à une fluidification. Toutefois, il semble que ces services soient souvent en difficulté pour accueillir des patients des urgences, leurs lits étant déjà occupés par des patients dont l'hospitalisation a été programmée. D'après notre enquête, 40% des établissements ont mis en place un processus de gestion des pics d'activité dans l'établissement.
- [90] Mais les services d'urgences ne sont pas confrontés au seul problème des personnes âgées à hospitaliser. La recherche de lits dans l'établissement est un élément clé du bon fonctionnement de ces services et plus généralement de l'optimisation de la prise en charge à l'échelle de l'établissement.
- [91] Pour améliorer la fluidité, certains ont identifié des responsables de la gestion des lits. Certains établissements, pour faire face aux pics d'activité, ont fait fonctionner, en dehors de la procédure « plan blanc », des lits de crise en réservant des espaces susceptibles d'être mobilisés très rapidement. Ce point est traité ultérieurement.
- [92] La gestion des temps d'attente dans les services d'urgence constitue de fait un élément de fluidité du parcours du patient et témoigne de la réactivité des établissements à faire face aux variations d'activités. Certains établissements visités ont mis en place des systèmes de gestion des temps d'attente avec mesure des délais d'attente et organisation spécifique pour faciliter le « tri » des patients. D'après notre enquête, 50% des établissements ont mis en place un processus de temps d'attente aux urgences.

1.2.1.3. L'optimisation du circuit interne

- [93] L'amélioration du processus interne à l'établissement reste un chantier sur lequel les établissements ont encore à investir.
- [94] Une telle situation n'est pas surprenante tant les interactions entre services, services cliniques, services médico-technique, service social, sont complexes.
- [95] Nous avons pu cependant appréhender plusieurs types d'actions :
- des actions internes aux services, notamment portées par les cadres soignants, et qui visent par exemple à augmenter le nombre de sorties le matin. Ces actions impliquent une bonne compréhension des contraintes et des efforts conjugués des soignants et des médecins (notamment sur la question de l'horaire de la visite de sortie). Une telle gestion des sorties permet aux services de mieux gérer les entrées du jour et a une incidence sur la charge de travail de l'équipe d'après-midi ainsi que sur la réponse aux urgences. On mesure ici l'impact d'actions transversales sur l'amélioration de la prise en charge des malades ;
 - des actions collaboratives entre services qui devraient se développer avec la notion de contrats de services, notamment entre pôles cliniques et pôles médico-techniques. Il est probable que plus les pôles disposeront d'une délégation large, plus ils essayeront de peser sur les coûts des prestations qui leurs sont affectées, qu'il s'agisse de prestations cliniques ou logistiques (cf.2.2.2.1) ;
 - des actions relatives à la coordination des interfaces.

⁹ Il ne s'agit pas ici des lits d'unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui ne sont pas supposés hospitaliser les patients plus de 48 heures.

- [96] Le système d'information de l'établissement est cependant un élément décisif dans l'amélioration du circuit interne notamment lorsqu'il permet aux cliniciens de disposer en temps réel du rendu des examens biologiques ou d'imagerie. D'après notre enquête, 66% des établissements ont mis en place un processus spécifique de rendus de résultats d'examens.

1.2.1.4. La préparation de la sortie

- [97] La dernière étape du processus de prise en charge concerne l'aval avec la préparation de la sortie. D'après notre enquête, 40% des établissements ont mis en place un processus d'anticipation de la sortie.
- [98] Là encore le poids de l'histoire fera que certains établissements maîtrisent plus ou moins les lits d'aval, soit parce qu'ils font partie des activités développées par l'établissement, soit parce que des conventions de partenariat ont été passées avec d'autres structures. D'autres ont misé sur la mise en place d'unités d'hospitalisation à domicile.
- [99] Cette contrainte a semblé être bien maîtrisée dans certaines régions grâce à l'outil que représente l'application TRAJECTOIRES qui permet, dès l'admission d'un patient en court séjour, de rechercher une place dans un établissement d'aval.
- [100] La place dévolue au service social dans l'établissement est révélatrice de l'appropriation par l'ensemble de la communauté hospitalière de cette problématique de la sortie. Les assistantes sociales ne sont plus appelées au dernier moment mais associées à la prise en charge ; leur positionnement dans la structure a évolué.

Le projet du service social au CHU de Brest a été intégré au projet médical ; la place de ce service et l'importance de son rôle sont illustrées par le fait qu'une « direction accueil, droits des malades et service social » ait été mise en place.

- [101] Enfin, d'autres actions visant à améliorer le parcours des patients externes ont pu être observées, avec notamment l'amélioration de l'organisation des rendez-vous, rendu souvent possible par l'amélioration du système d'information.
- [102] D'après notre enquête, 66% des établissements ont mis en place un processus de gestion des rendez-vous.

1.2.1.5. Une meilleure maîtrise de l'aval

- [103] La présence de services assurant l'aval de l'hospitalisation en nombre suffisant et présentant les spécialisations nécessaires aux besoins de court séjour est un déterminant majeur pour l'efficacité des activités de MCO lui permettant notamment de maintenir une DMS faible et un taux de rotation de malades élevé. De fait, diminuer voire supprimer les inadéquations d'hospitalisation et d'admission permet d'hospitaliser davantage de patients (et peut constituer un facteur d'attractivité) et d'offrir les soins adéquats (pas de perte de chance). C'est également un gage d'efficacité, les inadéquations constituant un coût pour l'établissement.

- [104] Ainsi, alors que les taux d'inadéquation sont généralement estimés entre 15 et 30%¹⁰, l'enquête nationale réalisée pour la DGOS dont les résultats ont été transmis en 2011 montre que 10,3% des lits sont occupés de façon inadéquate un jour donné : 5% dans les strates de chirurgie et 17,5% dans les strates de médecine. Il s'agit à la fois d'admissions et de journées inadéquates. Dans le premier cas, il s'agit principalement de la demande expresse d'un médecin de ville (39%) et de l'attente d'avis diagnostique au sein de l'établissement (32%), la structure la plus adaptée pour le patient étant le domicile (45%), les SSR (27%) et les EHPAD/USLD (unités de soins de longue durée)/EHPA (25%). Dans le second cas, il s'agit majoritairement de problèmes d'organisation interne (55%), puis de problèmes d'aval (28%), la structure d'accueil la plus adaptée étant du SSR (41%), le domicile (37%) et les EHPAD/USLD/EHPA (20%). « *Les inadéquations apparaissent plus élevées dans les territoires à forte densité d'offre de soins pour les établissements publics non CHU et les établissements privés, en médecine.* » Les auteurs évaluent le coût de ces inadéquations à 2,35 milliards, porté pour plus de 80% par la médecine.¹¹
- [105] De fait, les établissements ont compris l'intérêt à constituer des filières d'aval robustes. D'après notre enquête, 95% des établissements ont des conventions formalisées avec des établissements médico-sociaux, 73% avec des services/établissements de soins de suite et 75% avec des associations d'usagers.

Dans son projet d'établissement, le CH de Bourg-en-Bresse a identifié comme force « une filière gériatrique complète intra et extra hospitalière » mais comme faiblesse « la gestion des lits et la situation des patients « hébergés » en médecine ». Il s'est fixé la réduction de ces situations grâce notamment à une meilleure connaissance des disponibilités des lits d'aval en temps réel via Trajectoires et la préparation de la sortie du patient dès son entrée.

1.2.2. La recherche de productivité sur les fonctions supports apparaît comme une constante

- [106] Les établissements ont généralement étudié, dans un premier temps, l'amélioration de l'efficacité des fonctions supports ou logistiques. De fait, l'ensemble des établissements rencontrés par la mission a travaillé à l'optimisation des fonctions supports.

A titre d'exemple, le projet médical logistique et de gestion commun des centres hospitaliers de la Rochelle et de Rochefort 2010-2015, pose comme principe que « *les directions adjointes communes des achats et de la logistique rechercheront l'efficacité économique dans leur politique d'achat de fournitures et d'équipement ainsi que dans leur politique de maintenance des matériels notamment médicaux* ».

- [107] Par fonctions supports, on entend les fonctions qui ne participent pas directement aux soins (les activités médico techniques n'en font pas partie et sont évoqués au paragraphe 1.3) : il s'agit principalement des fonctions de restauration, traitement du linge, transports et distribution internes, gardiennage, nettoyage, entretien des espaces verts, maintenance des bâtiments et installations techniques, gestion des déchets, et de certaines fonctions administratives : postes dans les directions fonctionnelles, gestion de la paie, système d'information, codage, achats etc.

¹⁰ Note sur la situation des établissements de santé, avril 2009, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), p129.

¹¹ Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières, réalisée dans 11 zones géographiques, sur 73 établissements, 3 145 patients hospitalisés dans 166 services de médecine et de chirurgie.

- [108] Cette démarche trouve plusieurs justifications. D'une part, en travaillant sur la performance des fonctions supports, on ne touche pas au cœur du système de production de richesse de l'établissement, à la production de soins. Cela permet également à l'hôpital de se concentrer sur son cœur de métier. D'autre part, réorganiser pour mieux maîtriser les coûts, les fonctions supports, celles qui dans un système de tarification à l'activité « coûtent » à l'établissement sans lui rapporter directement (sauf à produire pour d'autres établissements) a une valeur d'exemplarité : tous les secteurs de l'hôpital doivent participer à l'effort d'efficacité : commencer par les secteurs non productifs permet, si cela ne suffit pas, de réfléchir aux organisations de soins, gisement potentiel maximal pour la maîtrise des dépenses compte tenu de leur poids dans les budgets hospitaliers. Enfin, parce que contrairement à la production de soins (sauf si elle n'est pas équilibrée), l'externalisation des fonctions supports peut être envisagée sans grever les recettes. Le danger réside ici dans l'éventuelle mise à mal du pacte social propre à chaque établissement.
- [109] Par ailleurs, le turn over des personnels des fonctions supports, beaucoup moins important que celui des services de soins, et leur plus grande proximité avec les organisations syndicales peuvent rendre complexes et longues les restructurations.

1.2.2.1. Les fonctions logistiques

- [110] Afin d'évaluer la performance des services logistiques, les établissements comparent de façon régulière leurs coûts de production à ceux des autres établissements notamment à partir de la base d'Angers¹² ou avec des établissements de taille comparables, mais également avec les prestations fournies par les prestataires privés (la difficulté étant de parvenir à des comparaisons fiables, les systèmes d'imputation des charges¹³, le périmètre des activités et les outils de la comptabilité analytique n'étant pas nécessairement les mêmes d'un établissement à l'autre et l'externalisation partielle de certaines prestations devant être prise en compte)¹⁴.
- [111] Dans les établissements visités par la mission, un certain nombre de prestations logistiques ont été totalement (linge et restauration notamment) ou partiellement (ménage par exemple) externalisées. La discussion avec les organisations syndicales sur ces sujets a pu être compliquée : le pacte social arrêté par les établissements a consisté à garantir la qualité des prestations et à systématiquement étudier les deux options, internalisation et externalisation¹⁵, en ne choisissant la seconde que lorsque l'établissement n'était pas en mesure de « faire aussi bien, voire mieux » que le privé, même si cela a pu passer par des restructurations et des suppressions de postes afin d'être davantage concurrentiel. Certains établissements ont également utilisé une part des économies réalisées au renfort des services de soins, le principe étant que « chaque euro qu'on dépense doit l'être là où il a la plus grande plus-value pour le patient ».
- [112] Enfin, certains établissements accompagnent la restructuration des fonctions logistiques en terme de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences (GPEC) avec une montée en compétences des agents et des reconversions professionnelles alliées à des formations qui peuvent aller jusqu'à de véritables changements de métiers et de corps. L'un des établissements visités propose même en priorité les agents des pôles restructurés pour les promotions, gage de « crédibilité de la démarche » pour la direction.

¹² cf. : paragraphes 1212 et 324 du rapport de l'IGAS RM2010-172 Examen des bonnes pratiques de comptabilité analytique dans un panel d'établissements de santé, F. Schechter et J-C. Delnatte.

¹³ Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière de la DGOS dans sa version 2011, applicable au 1^{er} janvier 2012, a vocation à harmoniser les pratiques.

¹⁴ Notons que le retraitement comptable (RCT) n'a pas été cité alors qu'il « permet notamment de calculer les coûts directs de production de certains activités supports (...) », J-C. Delnatte, La nouvelle méthodologie de CAH, Finances Hospitalières, novembre 2011, n°52, p12.

¹⁵ On peut noter la difficulté de certains établissements (notamment les plus importants ou ceux qui sont relativement isolés) à trouver des prestataires capables de répondre au marché avec suffisamment de concurrence. Ce phénomène existe également compte tenu de la massification des achats, conséquence de la mise en place de groupements d'achats (cf. : Achats groupés de produits de santé entre CHU et CH : bilans 2007-2008, Gestions hospitalières, n° 49, novembre 2009).

Au CHU de Brest, les coûts de production des activités logistiques sont historiquement plus bas que ceux des autres CHU. De fait, le CHU a repris des activités au privé. .

Le centre hospitalier d'Arcachon a prévu de réaliser des économies sur les fonctions logistiques dans le futur bâtiment qu'il partagera avec une clinique grâce à des mutualisations : il est prévu que l'établissement sous traite notamment la fonction restauration pour le compte de la clinique.

- [113] Le coût des fonctions supports est bien évidemment un enjeu important pour les pôles qui s'en préoccupent étant donné qu'il leur est imputé au regard de leur consommation dans les comptes de résultats analytiques (CREA). De la sorte, si les pôles peuvent jouer sur les volumes (plusieurs établissements rencontrés ont fait part à la mission d'actions de réduction de la consommation de linge plat ou d'adéquation des plateaux repas consommés au regard des patients présents) et le type de prestations qu'ils souhaitent (une prestation non programmée ou en urgence étant davantage facturée qu'une prestation en routine), la restructuration des fonctions supports ou le choix de les externaliser sont le fait des directions, les pôles exigeant les coûts unitaires les plus bas.

Ainsi, le CHU de Toulouse fournit les tarifs des prestations de logistique aux pôles : locaux, maintenance, équipe polyvalente, crèches, gaz médicaux, études patrimoniales, maintenance sécurité incendie – ingénierie, restauration, approvisionnement programmé, approvisionnement en urgence, transports de malades (véhicule sanitaire léger ou ambulance, inter-site ou intra-site), transport et distribution programmée ou en urgence, archives normales ou expresses ou en urgence, blanchisserie linge et tenues, éditique, achats, courrier, biomédical, direction générale-supports, admissions, direction des systèmes d'information et d'organisation).

L'établissement a travaillé notamment à la réduction des coûts de fonctionnement de restauration, du service biomédical, de bio-nettoyage, d'achats marchés, de transports d'urgence et à la réduction des dépenses de fonctionnement des déplacements, de l'accueil, des secrétariats médicaux, des coûts informatiques.

- [114] De fait, l'analyse autour de la réorganisation des fonctions supports participe de la réflexion globale sur l'efficacité de la prise en charge des patients. Elle vise à les positionner comme des prestataires au service des unités de soins, la définition et l'affichage des rôles et responsabilités de chacun, en fonctionnement de routine mais également en fonctionnement dégradé (nuit et week-end par exemple) étant un gage de réussite et d'acceptation de la démarche.

1.2.2.2. La fonction achats et la fonction facturation : une recherche d'efficacité qui permet de remettre à plat des processus complexes bien au-delà des services directement concernés

- [115] L'ensemble des établissements visités ont repensé la fonction achats en la professionnalisant afin d'augmenter la sécurité juridique des marchés et d'accroître sa performance même si des marges de manœuvre demeurent¹⁶. De fait, ces établissements répondent en grande partie aux objectifs du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) lancé par la DGOS qui vise à professionnaliser la fonction achats dans les hôpitaux publics pour réaliser des gains économiques et accroître la qualité de services. Cela passe notamment par la désignation d'un responsable achats dans chaque établissement, un meilleur dialogue entre prescripteurs et acheteurs, la définition du juste besoin et du bon usage, une négociation plus efficace, l'application de la méthode des coûts complets, un meilleur suivi des fournisseurs, des mutualisations et de la standardisation.

¹⁶ cf. : Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rapport d'information n°2556, Jean Mallot, documents d'information de l'assemblée nationale, juin 2010, partie III, B, 7

- [116] Tous les établissements visités ont réalisé des économies, notamment en adhérant à des groupements d'achats (qu'ils soient départementaux régionaux, ou inter régionaux). Ils ont pu augmenter la qualité du service compte tenu des échanges de pratiques. A travers cette redéfinition de la fonction achats, les directions trouvent des leviers pour « *coordonner et associer toutes les parties prenantes (y compris médico-techniques) aux fonctions supports* ». ¹⁷

Ainsi, la direction générale du CHU Toulouse a pour objectif d'optimiser la performance de la fonction achats, mais également d'accroître le niveau de service rendu en lien avec ses clients internes, les fournisseurs et les approvisionneurs.

- [117] De la même façon, les établissements visités ont tous réfléchi à l'amélioration du processus de facturation, notamment l'exhaustivité et les délais de paiement, devenu majeur avec la mise en place de la T2A et afin de préparer la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES).

A Brest, une direction de la facturation des prestations de séjour et de soins a été créée.

- [118] Autour de la facturation, ce sont les fonctions des agents du bureau des entrées, leur formation, leur degré de polyvalence (front et back office), l'organisation de leur travail (horaires notamment) qui sont interrogés. Mais également l'organisation centralisée ou décentralisée du bureau des entrées et ses antennes, ses liens avec les unités de soins, la ligne managériale (cadre administratif/cadre de santé, le rattachement à une direction fonctionnelle ou à un (aux) pôle(s)) et les coopérations avec les secrétariats médicaux.

1.3. L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques passe par une mobilisation des acteurs sur le cœur de métier

1.3.1. Assurer un recrutement médical adapté aux besoins des malades, compte tenu du positionnement de l'établissement

- [119] L'évolution de la démographie médicale, les choix majoritaires d'un mode d'exercice libéral dans certaines spécialités et les projections démographiques par spécialités et par région font du recrutement médical à l'hôpital un enjeu de premier plan. Ce recrutement est à mettre en perspective avec le vieillissement de la population, les évolutions de besoins et d'attentes de la population mais aussi le contenu de l'activité des médecins et les changements potentiels de prises en charge des malades chroniques. La DREES précise que « la non prise en compte des besoins futurs peut en effet conduire à une impression non objectivée de pléthore ou de pénurie des médecins, comme ce fut le cas dans le passé ¹⁸ ». Ce constat peut être décliné au niveau de chaque établissement avec néanmoins des diagnostics qui s'imposent dans certaines spécialités, en matière de nécessité de recrutement.

- [120] Le recrutement de praticiens dans les spécialités dont les écarts de revenus sont les plus forts entre exercice hospitalier et exercice libéral et qui cumulent, pour certaines d'entre elles, des contraintes, en termes de permanence des soins (notamment, plus fortes en milieu hospitalier qu'en ville) pourrait s'avérer de plus en plus difficile. Dès à présent certains établissements peinent à recruter des radiologues, des anesthésistes, des réanimateurs, des psychiatres et des biologistes. Ce phénomène se fait également sentir en chirurgie orthopédique et en cardiologie. Ces écarts ont toujours existé mais les difficultés de recrutement en secteur hospitalier risquent de s'amplifier d'autant que les modes de coopérations entre établissements peuvent conduire à faire travailler sur un même site des médecins qui pour la même activité seront rémunérés de façon très différente.

¹⁷ Compétences managériales et modernisation de la fonction achat dans les hôpitaux français, Alain Mourier, Techniques hospitalières, juillet-août 2010.

¹⁸ La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, DREES, Dossiers solidarités et santé n° 12, 2009

- [121] En outre, les médecins qui ont choisi un mode d'exercice à l'hôpital public ont un certain nombre d'attentes. Dans le cadre d'un rapport sur l'exercice médical à l'hôpital, le CNG a réalisé en 2011 une enquête auprès de tous les praticiens de 305 établissements hospitaliers publics¹⁹ visant à mesurer la sensibilité et la satisfaction des praticiens vis-à-vis d'indicateurs relatifs à l'exercice médical à l'hôpital. Onze facteurs avaient été préalablement identifiés par un groupe de travail comme susceptibles de « faire envie de travailler à l'hôpital ». Parmi ces onze facteurs, six ont été considérés comme importants par plus de 90% des répondants : la qualité du travail en équipe, la qualité de l'exercice clinique auprès du patient, la qualité du plateau technique, la prise de responsabilité professionnelle, l'engagement dans le service public et l'appartenance à une équipe médicale par spécialité.
- [122] Cette même enquête montrait que 44% des praticiens se disaient insatisfaits des missions et des conditions de l'exercice médical à l'hôpital avec une charge des « activités administratives » considérée comme trop importante par près de 80% des praticiens.
- [123] De façon très schématique, l'attractivité pour le corps médical est liée à l'attractivité de la région, du territoire d'implantation de l'établissement, à la réputation de l'établissement et à celle de l'équipe, avec un impact important de la composition de cette équipe, d'où découlera notamment le nombre de gardes à effectuer, une incidence de la qualité du service rendu au patient qui peut être liée au temps que le médecin va pouvoir lui consacrer. D'après l'enquête de la mission, 64% des établissements ont mis en place des coopérations relatives au recrutement médical, 31% avec le CHU, 47% avec un CH, 12% avec un établissement privé et 7% avec d'autres structures.
- [124] Dans ce contexte, le recrutement et la fidélisation des personnels semblent fortement liés à la qualité du projet de l'établissement et des prises en charge, en particulier dans l'équipe que le médecin compte rejoindre.
- [125] Certains de ces déterminants sont exogènes au management de l'établissement (attractivité géographique notamment). D'autres, comme la taille de l'équipe médicale, sont à la fois endogènes et exogènes, la taille de l'équipe et le positionnement de l'établissement sur le territoire étant fortement liés. La possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital contribue au recrutement pour certaines spécialités. Il convient de s'assurer que cette activité libérale n'est pas un obstacle à l'accessibilité financière à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas si la réglementation est respectée et si les délais de rendez-vous ne sont pas liés au secteur (public ou privé) de prise en charge des patients.
- [126] Enfin, la nature des équipements et les conditions d'exercice (poids des charges administratives) peuvent notamment être mobilisées. Nous reviendrons sur ce point qui rejoint celui des « hôpitaux magnétiques » ultérieurement.

Au CH d'Arcachon, le président de la CME est également chef du service des urgences. L'accent est mis sur la notion d'équipe. Il n'y a pas de postes vacants.

- [127] Ce type d'exemple ne peut minimiser les limites de la capacité à recruter des médecins dans les disciplines où les écarts de revenus sont majeurs, en particulier si les conditions d'exercice à l'hôpital conduisent à minimiser le temps médical au lit du malade.

¹⁹ Rapport du Centre national de gestion sur l'exercice médical à l'hôpital, septembre 2011

1.3.2. Permettre aux médecins et aux soignants de se recentrer sur les prises en charge des malades et mieux décrire l'activité réalisée

- [128] La rareté de la ressource médicale conjuguée à la complexité d'un codage rendant au mieux compte de l'activité réalisée explique que plusieurs établissements s'orientent vers une professionnalisation du codage. La mission ne prend pas position sur la question de savoir lequel du codage centralisé ou du codage décentralisé est plus efficient. Par contre la professionnalisation du codage est indispensable. Dans la plupart des établissements visités, des techniciens de l'information médicale (TIM) affectés au niveau des pôles, sous l'autorité du médecin responsable de l'information médicale, vérifient le codage voire codent les diagnostics médicaux en s'assurant notamment de l'exhaustivité des diagnostics associés. Ces TIM sont parfois des infirmiers qui, après un travail de reclassement lié à leur incapacité d'effectuer le métier qu'ils exerçaient, ont été formés pour ces nouvelles fonctions.
- [129] Toute une série de contrôles qui vont bien au-delà de la simple recherche d'exhaustivité sont également réalisés (hiérarchisation de diagnostic, comparaison des niveaux de sévérité dans le temps...).
- [130] Les efforts portent également sur la valorisation des activités réalisées en externe.
- [131] Pour ce qui est du personnel non médical, l'accompagnement des malades et le transport de prélèvements constituent des tâches qui prennent parfois du temps aux soignants au détriment de celui qu'ils pourraient consacrer aux patients. Forts de ce constat, certains établissements ont mis en place des organisations spécifiques pour que ces tâches n'incombent plus aux soignants.
- [132] S'agissant du personnel médical et non médical, la démarche actuelle de certification est très consommatrice de temps, fortement axée sur les moyens et sur les procédures, avec un résultat sur la qualité des prises en charge non mesurée. Une fois réglée la question de la sécurité des prises en charge, l'hypothèse de démarches de certification donnant la priorité aux démarches d'apprentissages mutuels, intégrées à l'activité quotidienne des praticiens et des soignants mérite d'être approfondie. Nous reviendrons ultérieurement sur la question de la qualité des prises en charge.

1.3.3. Rechercher l'équité dans les démarches de mutualisation et d'adaptation des effectifs à l'activité

- [133] Nous avons déjà abordé l'adaptation des effectifs à l'activité dans le cadre des restructurations internes. La mise en place des pôles a favorisé une mutualisation des personnels.

1.3.3.1. Concernant le personnel non médical

- [134] Pour le personnel non médical, certains établissements ont utilisé les SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) ou d'autres outils pour mieux appréhender les charges en soins et répartir de façon plus équitable le personnel entre les unités.

- [135] Des travaux ont été effectués sur la mutualisation des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) qui ont une activité transversale sur les plateaux médico-techniques²⁰. La formulation de l'objectif témoigne de la dimension éthique que peut revêtir un tel projet : « générer un planning respectant les conditions réglementaires, les désirs du personnel (jours de congés...) tout en maximisant l'équité de la répartition de la charge de travail dans l'affectation aux différents postes ». Les modalités d'application peuvent lui conférer un caractère radicalement opposé si l'outil est utilisé dans une démarche de type tayloriste. Dans le cas précis, les auteurs centrent leurs propos sur la méthode utilisée. Pour réaliser leur modèle, ils considèrent comme incontournables les contraintes réglementaires mais aussi les contraintes « issues des bonnes pratiques » qui visent à obtenir un planning maximisant la satisfaction du personnel.
- [136] La mise en place des pôles a favorisé les démarches de mutualisation. Le rôle des cadres paramédicaux apparaît essentiel²¹. Dans l'enquête menée dans cinq sites hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) sur la façon dont les cadres de santé de pôles perçoivent leurs nouvelles fonctions, les cadres paramédicaux de pôles associent nouvelle gouvernance et mutualisation des ressources. Ils évoquent des responsabilités nouvelles en termes de gestion de matériel et de personnel.
- [137] Au cours de ses travaux, la mission a pu appréhender la volonté des cadres de santé de travailler sur des problèmes concrets rencontrés au quotidien. Cette fonction de cadre de santé a été située « entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui »²². Il est ainsi précisé que « *Bien plus que de simples savoirs, savoir-faire et savoir-être, les compétences des cadres de santé sont indissociables des motivations individuelles et de la culture hospitalière. Elles sont la condition même, technique et humaine à la fois, de la qualité et de la sécurité des soins dont elles assurent la pérennité.* » Ils constituent les moteurs du changement au sein de l'hôpital. La mise en place des pôles ne doit pas faire oublier ce rôle déterminant. Ainsi que le souligne le rapport de l'IGAS sur la formation des cadres hospitaliers²³, les cadres de pôles doivent mettre en place un management participatif avec les cadres de proximité afin d'éviter une situation d'isolement de ces derniers, « *l'ensemble des décisions relatives au pôle étant prise à ce niveau et l'information s'y arrêtant, ce qui n'est souhaitable ni par les intéressés, ni par les établissements* ».
- [138] Dans un tel contexte, on peut comprendre que ce soit sur une recherche d'équité et non d'optimisation des dépenses de santé que les acteurs se mobilisent pour mutualiser les ressources, le fait que la mutualisation soit source d'efficacité intervenant en corollaire. Des outils et des guides visant à aider à la mise en place de planning sont proposés par l'ANAP²⁴. Au-delà de l'outil, c'est bien la démarche et le sens que les acteurs hospitaliers décident de lui donner qui conditionnent sa réussite. En outre, ces démarches de mutualisation trouvent pour certaines leurs limites là où « polyvalence » et « qualité de prise » en charge finissent par ne plus être compatibles.

²⁰ Planification de ressources mutualisées : le cas des infirmiers anesthésistes, Trilling L., Guinet A., Laboratoire Prisma, INSA de Lyon, Le Magny D., CH de Valence, Conférence JDMACS, JNMACS 2005 Lyon.

²¹ Les pôles d'activité, une chance pour l'encadrement, Chauvancy M-C., Carnets de santé, mars 2009

²² La fonction « cadre de santé » : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui, Peyre, P, Département des sciences sanitaires et sociales, Université de Pau et des pays de l'Adour.

²³ Quelle formation pour les cadres hospitaliers ? Mounier C., Yahiel M., rapport IGAS, novembre 2010

²⁴ Gestion du temps de travail des soignants, MEAH, 2009 et Outil - Calculer les effectifs requis par métier au regard des variations d'effectifs sur une année, ANAP, novembre 2010

- [139] Cette notion de polyvalence mérite d'être précisée. Dans un article intitulé « La polyvalence et ses contradictions »²⁵, C. Evraere note qu'on peut être polyvalent en réalisant des tâches différentes ce qui permet l'apprentissage et la montée en compétences sur des postes de travail exigeants ou en bougeant d'un poste à l'autre (principe de nomadisme). L'auteur souligne que les enjeux de ces deux modalités de souplesse sont donc très différents dans les deux schémas de polyvalence. Une organisation maîtrisée de la polyvalence dans le cadre des pôles s'écarte d'une « *polyvalence par défaut de compétence* » qui rejoint le principe du « *bouche trou* » et privilégie les phénomènes d'apprentissage mutuel.
- [140] Parmi les établissements visités qui ont mis en place un service central de remplacement, on retrouve plutôt une structuration avec très peu de postes et du personnel spécialisé ainsi qu'une enveloppe visant à faire face aux aléas. Le service de remplacement n'est donc pas dimensionné pour faire face à toutes les demandes de remplacements mais intervient quand aucune solution ne peut être trouvée au sein du pôle.

Pour le pool de remplacement à La Rochelle, les agents affectés sont préférentiellement ceux qui présentent une capacité d'adaptation et qui ont une ou deux années d'expérience. L'objectif est de limiter leur appartenance au pool à 3-4 ans en facilitant leur recrutement sur des postes stables par des cadres qui les connaissent déjà.

- [141] C'est dans une telle logique que des changements peuvent intervenir au service de la qualité de prise en charge des malades. L'optimisation des dépenses constitue alors la conséquence d'une telle démarche et non son moteur. Ces considérations rejoignent certaines des conclusions du rapport CNG-IGAS sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé²⁶. Sous la pression financière, le risque de ne considérer la performance RH qu'en termes quantitatifs et notamment de volume d'effectifs pourrait émerger.

1.3.3.2. Concernant le personnel médical

- [142] Pour le personnel médical, la question de la détermination des effectifs et de la possibilité de mutualisations se pose également, pour l'élaboration des lignes de gardes et astreintes, mais pas uniquement. Compte tenu des efforts demandés au personnel non médical, il serait peu équitable de ne pas s'intéresser également aux effectifs médicaux.

Au CHU de Toulouse, par exemple, la procédure annuelle de révision des effectifs de personnel médical titulaire est l'occasion de traduire concrètement la participation du corps médical aux efforts de maîtrise des dépenses de l'établissement.

- [143] L'utilisation de l'indicateur rapportant les recettes de l'établissement aux effectifs médicaux dans le souci de déterminer « une productivité médicale » semble peu répandue. Les chefs de pôles et les chefs d'unités s'intéressent plutôt à l'évolution des recettes du pôle et des unités au regard de l'évolution des dépenses de personnels médicaux et non médicaux notamment. Ils sont également preneurs de données analogues sur des services de mêmes spécialités, même s'ils insistent sur l'intérêt de tels éléments pour s'interroger sur les causes d'écarts constatés sans leur attribuer de visée normative. Pour mener à bien de telles démarches au sein des pôles, la généralisation de tableaux de services fiables apparaît indispensable.
- [144] D'après notre enquête, 39% des établissements ont un indicateur de productivité médicale par service (ce pourcentage est supérieur pour les établissements ayant des résultats financiers satisfaisants) et 47% ont un indicateur de productivité médicale pour l'établissement.

²⁵ La polyvalence et ses contradictions, Evraere C., 18^{ème} congrès de l'association internationale des sociologues de langue française, Turquie, Juillet 2008

²⁶ La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, Toupillier D., Yahiel M., CNG-IGAS, octobre 2010.

[145] Nous reviendrons ultérieurement sur les différents outils utilisés.

1.3.3.3. La gestion de l'absentéisme

[146] Ces réflexions amènent notamment les acteurs à s'interroger sur les personnels effectivement présents dans leurs unités, sur l'absentéisme et les modalités de remplacements des personnels.

[147] La gestion de l'absentéisme apparaît comme un enjeu majeur. Le choix des établissements s'oriente de plus en plus vers le moins de recours possible à l'intérim. Des revues régulières des taux d'absentéisme sont réalisées avec les cadres de santé. Dans certains établissements, une analyse est réalisée service par service sur les taux afin notamment d'anticiper l'aggravation d'un problème de management ou de risques psycho-sociaux révélés par cet absentéisme et de prendre des mesures concrètes visant à le réduire.

1.3.4. Un potentiel offert par une gestion globalisée des lits entre services

[148] La mutualisation de la gestion de lits au sein des pôles reste encore difficile à obtenir. L'optimisation de la DMS semble être un objectif largement partagé. Cet indicateur est suivi de façon régulière par la plupart des chefs d'unité, ce qui n'est pas le cas de l'indicateur de durée moyenne de séjour standardisé sur les durées de séjour de la base nationale de données (IPdms) qui permet de savoir quelle aurait été la DMS de l'unité si celle observée dans la base nationale de données avait été utilisée.

[149] Cet objectif est d'autant plus important à atteindre pour l'établissement que son taux d'occupation est élevé et qu'il se voit contraint de refuser d'admettre en hospitalisation des patients vus aux urgences faute de lits disponibles dans l'établissement.

[150] Pour faciliter la réduction des durées de séjour, le rôle de l'équipe socio-éducative est essentiel et les systèmes permettant de planifier la sortie avant même l'entrée du malade, pour les hospitalisations programmées en chirurgie notamment, commencent à se diffuser fortement. Ce point est abordé dans le paragraphe 121.

[151] Les comportements qui consistent à laisser des malades hospitalisés jusqu'au lundi pour ne pas avoir à déprogrammer les interventions du fait d'hospitalisations en urgence sont encore décrits mais le potentiel offert par une véritable gestion des lits devient de plus en plus partagé. Il fait l'objet d'une publication diffusée sur le site de l'ANAP²⁷.

[152] Les visites sur site en donnent une illustration au travers de quelques formules et/ou exemples.

Au CH d'Arcachon, « une règle d'or : toujours un lit pour un malade ».
--

Au CHU de Toulouse : un travail spécifique a été réalisé pour garder dans l'établissement les patients vus aux urgences mais envoyés ailleurs pour absence de place. Un poste d'urgence gériatrique et deux postes post urgences, gérés par deux internistes, ont été créés pour une meilleure gestion des lits. En cardiologie, une unité est dédiée aux malades non- programmés.
--

Au CH de La Rochelle, un poste de gestionnaire des flux de patients a été créé.

[153] D'après notre enquête, 67% des établissements ont mis en place un processus de gestion des lits.

²⁷ La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques, MeAH, 2008

1.3.5. Une recherche de productivité des services cliniques et des plateaux techniques qui doit s'inscrire dans une stratégie globale de l'établissement

- [154] La capacité à analyser les coûts, même de façon assez rustique, sur des données agrégées permet un contrôle de gestion partagée. Beaucoup d'éléments fondamentaux intangibles (DMS, IPdms, taux d'occupation, examens faits en interne ou en externe...) permettent aux acteurs de s'accorder sur les sources potentielles de maîtrise des coûts et ce, quel que soit le modèle de tarification. Les acteurs soulignent la nécessité de se concentrer sur « les fondamentaux ». Ainsi que le soulignait un de nos interlocuteurs : « On peut parler gestion à condition de parler médecine ».
- [155] Les actions entreprises sur les coûts à partir des indicateurs existants ou à partir de travaux spécifiques peuvent contribuer à l'efficacité de l'établissement. Différents indicateurs ont été publiés et peuvent aider les établissements dans leurs démarches²⁸. Les travaux sur les blocs opératoires ou sur les urgences jouent par exemple un rôle majeur.
- [156] Il convient d'insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de « recettes » applicables de façon mécaniste. Derrière les évolutions préconisées, c'est une véritable conduite de changement qu'il convient de mettre en œuvre et qu'il s'agit d'expliquer à l'ensemble du personnel concerné. A titre illustratif, la fermeture plus tardive du bloc suppose une admission retardée dans les services, une contre-visite effectuée plus tard, des repas servis plus tard... Si tous les acteurs sont susceptibles de partager un diagnostic allant vers la nécessité d'augmenter l'amplitude d'ouverture d'un bloc opératoire, une forme de résistance au changement se mettra souvent en place compte tenu des contraintes sous-jacentes. La nature du management permettra de passer d'une organisation rigide à une organisation souple, dans un contexte pourtant relativement contraint, avec de multiples normes qui s'imposent. La réussite de tels projets dépend directement de la capacité managériale du directeur et de son équipe, de l'implication des médecins et de leur volonté de mettre en œuvre (ou pas) ces modifications (cf. infra).
- [157] L'optimisation du fonctionnement concerne également les plateaux d'imagerie. Néanmoins, les plateaux techniques ont pour objectif premier le service rendu aux malades hospitalisés. Un objectif centré uniquement sur la performance du plateau technique qui conduirait à multiplier les actes réalisés pour optimiser l'utilisation de ces plateaux, sans distinction entre les demandes venant des services d'hospitalisation ou de l'extérieur pourrait conduire à un allongement des délais d'attente pour les patients hospitalisés avec éventuellement un allongement de la durée de séjour et donc une diminution de la performance globale de l'établissement. Le risque est également celui d'une externalisation d'examens complémentaires pour des patients hospitalisés du fait du délai d'attente. La recherche de productivité des services cliniques et des plateaux techniques est essentielle mais ne doit pas primer sur la qualité des services rendus aux patients hospitalisés.
- [158] Au travers de ces illustrations, on retrouve toute l'importance d'une cohérence d'ensemble, avec une visée stratégique clairement explicitée. Cette dynamique permet d'éviter un effet de « juxtaposition de projets » et facilite la conduite du changement. La logique de départ qui donne du sens aux actions mises en œuvre résulte du projet médical et non d'une logique purement économique.
- [159] Les travaux réalisés dans le domaine de la pharmacie, des médicaments et des dispositifs médicaux vont dans ce sens. Les comités mis en place toutes ces dernières années ont joué un rôle déterminant avec notamment des travaux sur le livret thérapeutique disponible dans l'établissement et une réflexion sur la juste prescription. On rejoint ici la question essentielle de la pertinence des actes que nous développerons ultérieurement.

²⁸ Piloter l'activité, mesurer l'efficacité, Répertoire d'indicateurs, ANAP, février 2010

1.4. Les outils de gestion et de pilotage sont au service du projet commun

- [160] La mise en place de la T2A a entraîné de nombreux changements qui ont placé les établissements dans une situation plus ou moins confortable selon qu'ils étaient « gagnants » (jugés comme sous-dotés par rapport à leur activité) ou perdants. L'application du coefficient de transition avait pour objectif de lisser dans le temps ces situations.
- [161] Le rapport relatif à l'évaluation de la T2A sur le management des établissements de santé mettait notamment en évidence que la « *T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés, notamment dans le secteur public* », ainsi que le fait que la T2A avait renouvelé le dialogue médico-soignant, notamment dans les EPS, via la contractualisation avec les pôles et la plus grande implication des médecins dans la prise de décision. Ce rapport soulignait cependant l'écart entre ceux qui maîtrisent la T2A (directeurs, exécutifs de pôles) et le reste de la communauté hospitalière et recommandait des formations adaptées aux différents personnels, un renforcement des cadres intermédiaires d'une part et de la contractualisation d'autre part, notamment via de l'intéressement positif et négatif.
- [162] La T2A a entraîné également un changement de paradigme comme l'ont signalé plusieurs auteurs en focalisant dans un premier temps l'attention sur la réalisation des recettes de l'établissement plutôt que sur les dépenses qu'ils avaient l'habitude de suivre en budget global.
- [163] Cette focalisation sur les recettes a généré une modification des tableaux de suivi de l'activité habituellement utilisés et comportant, par services, des données comme les entrées, les journées, le taux d'occupation et la DMS. Désormais, le suivi de l'activité est réalisé à partir des GHS et donne lieu à une valorisation immédiate par le DIM. Nous avons pu observer :
- d'une part que ces tableaux de bord sont de plus en plus perfectionnés et adaptés aux réalités locales ;
 - d'autre part qu'ils représentent les outils de suivi les plus consultés, notamment par les cadres de santé ; ils sont disponibles sur l'intranet et largement partagés entre services au sein d'un pôle et parfois entre pôles.
- [164] A côté du suivi de l'activité, le suivi de l'exhaustivité du codage fait partie intégrante des outils de pilotage utilisés par les établissements ; la perspective de la FIDES a incité les DIM à intégrer à ce suivi les délais de transmission.
- [165] D'après notre enquête, 86% des établissements disposent d'un contrôleur de gestion, majoritairement positionné auprès de la direction des affaires financières (74%)²⁹ alors que le DIM est positionné auprès du chef d'établissement dans 44% des cas, dans un pôle médico-administratif (31%), dans un pôle médical (25%).

1.4.1. Des tableaux de bords spécifiques

- [166] Pour autant, le suivi des coûts reste une composante majeure de la gestion.
- [167] Le rapport de l'IGAS RM2010-172 relatif à l'examen des bonnes pratiques de comptabilité analytique dans un panel d'établissements de santé, avait pour objectif d'objectiver les facteurs de succès et les freins au déploiement de la comptabilité analytique hospitalière (CAH). Il relève que la mise en place de la CAH a été largement imposée par la T2A et la nouvelle gouvernance qui impliquent toutes deux de définir la contribution de chacun aux résultats financiers et d'asseoir la contractualisation interne sur des objectifs chiffrés, puis liste les outils et méthodes de CAH aujourd'hui à disposition des établissements et souligne qu'ils doivent être davantage coordonnés.

²⁹ 14% auprès du chef d'établissement et 12% dans un pôle médico-administratif

- [168] Le rapport note ensuite que le déploiement de la CAH est encore inégal. Si la mise en place et la maintenance d'un fichier commun de structure est a priori une étape réussie, l'interopérabilité des logiciels de l'établissement fait défaut et le petit nombre des éditeurs constitue un réel point de faiblesse. Un autre est constitué par la difficulté pour les établissements à créer et stabiliser des équipes de contrôleurs de gestion. Le rapport relève des niveaux de mise en place de la CAH très différents, en lien avec leur taille (les gros et les petits établissements apparaissant avec des contraintes spécifiques supplémentaires) et leur degré d'engagement dans la gouvernance (l'antériorité étant un facteur aidant), même si tous ont vu l'intérêt de lier les charges et les produits.
- [169] Le rapport fait ensuite un certain nombre de recommandations pour généraliser la CAH. Ainsi, il préconise un appel d'offre sur performance pour renforcer et clarifier l'offre des éditeurs en partant de la réalité des systèmes d'information hospitalier (SIH) de chaque établissement à travers un inventaire à intégrer dans des cartographies régionales. Il propose également que les ARS renforcent leur système d'appui et de conseil aux établissements en matière de CAH et que les outils de ces dernières soient adaptés au SSR et à la psychiatrie. Enfin, il recommande de procéder à des choix de méthodes en matière de CAH notamment, en fiabilisant les données de la base d'Angers et en faisant du CREA un outil majeur de reporting, totalement intégré au dialogue de gestion lui-même constituant la base de la contractualisation avec les pôles. Ce contrôle de gestion doit être positionné dans le top management et travailler en étroite coopération avec le DIM.
- [170] L'enquête menée auprès des établissements par la présente mission montre que seuls 67% d'entre eux réalisent des CREA (ces chiffres étant plus élevés pour les établissements ayant des résultats financiers moins satisfaisants). Il s'agit à 84% de CREA annuels, 9% trimestriels, 5% quadrimestriels et 2% semestriels. Mais 30% d'entre eux disposent de tableaux coûts case mix (TCCM), ce chiffre étant plus élevé pour les établissements présentant les résultats les plus satisfaisants. Le rythme des revues de gestion entre les pôles et l'administration est en majorité quadrimestriel (37%) et annuel (24%)³⁰.
- [171] Lors de visites sur sites, il a parfois été rapporté à la mission que l'outil CREA était lourd, pas toujours fiable, et son instrumentation délicate dans un dialogue de gestion soucieux de garantir la transversalité et la cohérence globale des choix d'activité. Quant au TCCM, son appropriation est encore très loin d'être réalisée.
- [172] De fait, la mission a constaté que les établissements visités préfèrent construire leur propre tableau de bord ; leur utilisation est répandue et appréciée par les équipes et ils permettent un pilotage efficace. L'utilisation d'outils de pilotage ad hoc est confirmée par notre enquête : 90% des établissements disposent de tableaux de bord spécifiques. Les indicateurs d'activité dont disposent les pôles sont :
- la DMS des services du pôle à 89%,
 - le nombre de résumés de sorties anonymisés (RSA) des services du pôle à 82%,
 - la valorisation de l'activité des services du pôle (78%),
 - les taux d'occupation des services du pôle (76%),
 - la valorisation de l'activité du pôle (72%),
 - l'IP DMS des services du pôle (44%).

³⁰ 19% semestriel, 11% trimestriel, 9% bimestriel

1.4.2. Un système décisionnel permettant un pilotage au plus près et un alignement avec la stratégie

[173] L'existence d'un système décisionnel est devenue un élément clé dans la capacité des établissements à accompagner les réformes et à maîtriser leur équilibre financier. C'est notamment patent avec la mise en place de la nouvelle gouvernance qui apporte plus d'autonomie aux pôles. Disposer d'indicateurs fiables et partagés, est un gage de sérénité pour les exécutifs de pôles. De ce point de vue, le premier paramètre important, est de disposer d'un seul et même système, auquel accède tant le directoire que le chef de pôle ou n'importe quel médecin ou cadre. Descendre à ce niveau d'information permet de mettre en œuvre un pilotage fin, au plus près de l'activité. C'est aussi l'occasion d'insuffler une culture de contrôle de gestion dans l'organisation, d'harmoniser les pratiques et les processus.

[174] Opérationnellement, la mise à disposition de ces données permet de prendre des décisions plus éclairées : comme par exemple la mise en réserve de crédits si, en cours d'année, apparaît un doute sur l'atteinte des objectifs ; comme d'accompagner chaque projet d'une analyse médico-économique basée sur des prévisions en termes de recettes et de dépenses ou encore de suivre les effets des projets de réorganisation interne.

[175] Le fait de pouvoir disposer d'un système décisionnel performant est aussi un moyen pour le chef d'établissement de résoudre avec succès la contradiction entre la vision à court terme et à long terme, de s'assurer que les résultats ou les décisions prises restent en phase avec la stratégie et le projet d'établissement.

[176] Pour autant, parmi les établissements visités, tous ne disposaient pas des outils les plus modernes, mais ils avaient une antériorité, comme à La Rochelle, par rapport à la constitution d'une base commune, de type info-centre, et une solide culture du dossier patient.

Le CH de La Rochelle a développé depuis 10 ans un outil dossier patient (GIBUS) qui devra migrer prochainement sur un progiciel du marché mais que tous les intervenants se sont largement appropriés. Le cœur du système est un référentiel d'activités commun qui alimente toutes les fonctions (facturation, PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) etc.). Cet outil est couplé à un serveur de résultats de laboratoire, de diffusion d'images et un dossier patient des urgences

[177] Cette attention au pilotage interne de l'établissement grâce à un système d'information cohérent est confirmée dans les orientations nationales et constitue le principal objectif de la stratégie Hôpital numérique.

1.4.3. Un pilotage par la recherche d'un « case mix rentable » ne paraît pas pertinent pour les hôpitaux publics

[178] La mission s'est interrogée sur un éventuel effet case mix pouvant contribuer à améliorer les résultats financiers d'un établissement.

[179] Pour tester cette hypothèse, la mission a porté son attention sur vingt établissements parmi ceux dont le budget est supérieur à 70 M€ dix CH dont les résultats financiers semblent plutôt satisfaisants (groupe 1), dix CH dont les résultats financiers semblent plutôt peu satisfaisants (groupe 2). Les 88 autres CH d'un budget supérieur à 70M€ ont également été étudiés.

[180] L'ATIH a réalisé, à la demande de la mission une analyse de la répartition des ressources 2010 des établissements des deux groupes (activité, forfaits annuels, dotations annuelles de financement DAF PSY et SSR) et une analyse d'activité).

1.4.3.1. Analyse en termes d'allocation des ressources

[181] Il apparaît que :

- la part des recettes liées à la part des tarifs MCO est plus élevée pour le groupe 2, en moyenne ;
- la part de l'activité liée à la DAF Psy moins élevée pour le groupe 2, en moyenne.

[182] L'annexe 3 présente cette analyse de façon détaillée.

1.4.3.2. Analyse en terme d'activité des établissements

[183] Si on se base sur les racines de GHM, les établissements du groupe 1 semblent avoir une activité moins dispersée que ceux du groupe 2 :

- 80% de l'activité se concentre sur 151 racines pour le groupe 1 ;
- il faut 163 racines de GHM pour atteindre cette activité pour les établissements du groupe 2 et 158 racines pour les autres CH.

[184] Les séjours sont ensuite analysés selon une classification de l'activité en huit « catégories de soins » élaboré par l'ATIH. Cette classification s'affranchit des évolutions de regroupement des séjours selon les différentes versions de classification de GHM. Elle repose sur la troisième lettre du code de la racine de GHM (C, M, K, Z) et la durée de séjour (avec ou sans nuitée). Il en résulte une répartition en huit catégories :

- séjours sans acte classant (GHM en M et Z, hors CMD 14 et 15) avec ou sans nuitée ;
- chirurgie ambulatoire (GHM en C, hors CMD 14 et 15) ambulatoire ou non ambulatoire ;
- obstétrique – mère / enfant ;
- techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques) (GHM en K) ;
- séances.

Tableau 1 : Répartition de l'activité en volume économique selon les 8 catégories de soins

Catégorie d'activités de soins	En volume économique		
	groupe 1	groupe 2	autres CH>70M€
Chirurgie non ambulatoire	22.5%	23.6%	22.7%
Chirurgie ambulatoire	2.2%	2.7%	2.2%
Ensemble chirurgie	24.7%	27.3%	24.9%
Séjours sans acte classant sans nuitée - médecine notamment	2.9%	3.3%	3.1%
Séjours sans acte classant d'au moins une nuit - médecine notamment	49.0%	46.5%	48.8%
Ensemble séjours sans acte classant	51.9%	49.8%	51.9%
Obstétrique-mère	7.8%	7.5%	8.3%
Obstétrique-enfant	3.7%	3.3%	3.7%
Ensemble obstétrique	11.5%	10.8%	12.0%
Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)	5.6%	6.4%	4.4%
Séances	6.2%	6.7%	6.9%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Source : ATIH

– Activité de chirurgie

[185] Les résultats montrent une part moins importante de l'activité de chirurgie dans l'activité globale de l'établissement pour les établissements du groupe 1 par rapport à ceux du groupe 2 (24,7% versus 27,3%) mais proche des autres CH (24,7% versus 24,9%).

[186] La chirurgie ambulatoire semble globalement comparable pour les établissements du groupe 1, ceux groupe 2 et les autres CH. La différence d'activité est inférieure à 1 point (2,2% versus 2,7% pour le groupe 2 et 2,2% pour les autres CH).

– Activité médicale au sens du PMSI (sans actes classant)

[187] Les établissements du groupe 1 ont globalement une part plus importante de séjours « médicaux » avec prise en charge en hospitalisation complète que ceux du groupe 2 (49,0% versus 46,5%) mais globalement comparable aux autres CH (48,8%).

– Séances

[188] Les établissements du groupe 1 ont une activité plus forte de dialyse : 52,7% versus 45,4% et 47,8% pour les autres CH.

[189] L'activité de chimiothérapie est quant à elle moins marquée que pour le groupe 2 (32,0% versus 38,6%) mais moins importante que pour les autres CH dont la chimiothérapie correspond à 31,2% des séances réalisées.

[190] L'analyse selon les catégories majeures de diagnostic (CMD) ne montre pas de différence de structuration notable.

[191] En conclusion, la mission n'a pas retrouvé, en utilisant cette méthode comparative de groupes de CH, d'effet case mix marquant.

2. UN MANAGEMENT A LA CONFIANCE ET UNE GESTION DIALOGUEE DES RESSOURCES HUMAINES COMME PREALABLES INDISPENSABLES

2.1. Les déterminants évoqués précédemment n'ont de sens que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un management à la confiance

[192] Nous avons décrit précédemment les différents leviers mobilisés par les établissements pour améliorer notamment leur situation financière. Toutefois, le risque d'une juxtaposition d'actions dont la cohérence serait difficile à saisir pour les acteurs hospitaliers donne tout son sens à l'effort de management réalisé pour faire partager des objectifs qui ne peuvent se limiter à la seule contrainte financière. Différentes modalités et théories ont pu être mises en œuvre. La mission a choisi de ne pas se lancer dans un tel inventaire mais de privilégier des dispositifs mis en place en France ou à l'étranger qui donnent toute leur place aux acteurs hospitaliers et aux patients dans la logique de la responsabilité sociale des entreprises.

[193] A titre d'illustration, le concept « d'hôpitaux magnétiques » a donné lieu à de nombreux articles. Lors des visites sur sites, la mission a retrouvé plusieurs critères du management présents dans la caractérisation des hôpitaux magnétiques. Ainsi que le décrit en 2009 Y. Brunelle, les hôpitaux magnétiques ont été définis à l'origine (dans les années 1980), comme des établissements qui attiraient les infirmières et étaient capables de les garder³¹. Il formule l'hypothèse que le taux de roulement des infirmières passe d'indicateur spécifique de la seule réalité infirmière à un cas traceur, l'ensemble de la communauté hospitalière étant touchés positivement ou négativement. L'auteur note que parmi les éléments retenus lors des évaluations qualitatives auprès des personnels de ces établissements, on retrouve les phrases de type « *It's a good place to work*³² » et surtout « *they listen to us*³³ », le terme listen étant utilisé aussi bien par les soignants que par les administratifs. Parmi les critères, on retrouvait « *un accès facile et informel à la haute direction* ». L'auteur notait « *une hausse de la confiance manifestée par le personnel envers l'administration. En conséquence les changements sont mieux perçus et mieux reçus. Ils sont même recherchés.* ». En 2009, l'auteur précise que les critères ont évolué avec le temps et que huit d'entre eux demeurent :

- autonomie professionnelle des infirmières,
- support fourni par les appareils administratifs dans les diverses conditions de travail (équipements, sécurité au travail, crèche...),
- bonne collaboration entre médecins et infirmières,
- valorisation professionnelle et leadership infirmier (le personnel se sent respecté),
- relations positives avec les pairs vus comme compétents (notion d'équipe, on sait avec qui on travaille et on peut agir en conséquence),
- un ratio de personnel adéquat,
- un focus client,
- l'importance de la qualité.

[194] Parmi les différents critères, l'auteur note que ces hôpitaux « *affichent des ratios particulièrement élevés et que la proportion d'infirmières très qualifiées y est plus importante, ce qui semble annoncer de meilleurs résultats (au sens outcomes)* ».

[195] L'hôpital magnétique se démarque par une satisfaction au travail parce qu'il peut apporter une bonne qualité de soins.

[196] Le management à la confiance apparaît dans le domaine de l'entreprise comme un moyen d'insuffler de la souplesse dans les organisations pyramidales de façon à multiplier les intelligences interactive. Cette idée a été exprimée de façon très claire par un de nos interlocuteurs du champ hospitalier : « *On n'exploite pas assez la capacité des gens sur le terrain à activer une vraie démarche efficiente.* » Pour H. Serieyx et J-L. Fallou, la confiance apparaît comme une composante dure de la performance des organisations³⁴. H. Serieyx donne dix règles permettant de développer ce management à la confiance :

- cible (rappeler ce que l'on fait ensemble) ;
- cohérence (cela suppose que le discours sur les valeurs soit suivi d'effet) ;
- coopération (la confiance s'installe à partir d'un travail en commun) ;
- compétence (s'assurer que les collaborateurs progressent sans cesse) ;
- communication ;

³¹ Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner, Brunelle Y., Pratiques et organisation des soins, vol 40 n°1, janvier-mars 2009

³² C'est une bonne place pour travailler

³³ Ils nous écoutent

³⁴ La confiance en pratique, Serieyx H., Fallou J-L., MAXIMA Laurent Dumesnil Editeur, 2010

- créativité ;
- convivialité (vue ici comme une contrepartie à la rigueur de gestion) ;
- contrat social (ceci en vertu de quoi à nos droits correspondent des devoirs) ;
- changement (à expliquer aux collaborateurs) ;
- courage (celui de prendre des risques et de faire confiance).

[197] Cette confiance entre managers et collaborateurs a pu être présentée comme un des fondements du « lean management » qui sous-tend que les collaborateurs sont les mieux placés pour trouver les sources d'inefficacité et que pour les trouver, c'est bien un travail sur le terrain qu'il convient de réaliser. De même que pour les hôpitaux magnétiques, le sentiment de proximité et d'écoute entre les personnels et la direction, d'écoute et de respect, constitue un élément incontournable de la réussite de ces démarches.

[198] La place laissée au management par projet constitue également une caractéristique des hôpitaux visités avec la volonté de « casser » les cloisonnement et de s'affranchir des contraintes hiérarchiques pour mettre en œuvre un processus de gestion de projet, légitimé par la direction, visant à faciliter la réalisation du projet, notamment par une mobilisation transversale des acteurs impliqués et un suivi de la réalisation des objectifs intermédiaires avec réajustement des processus.

Les projets du CHU de Toulouse sont gérés en mode projet. C'est le cas des projets majeurs de l'établissement (projets structurants, projets transversaux institutionnels). Un chef de projet et un groupe de projet composé de représentants des acteurs opérationnels sont chargés de la gestion opérationnelle du projet. Un comité de pilotage est, selon l'importance du projet, présidé par le chef de pôle ou le directeur général. La validation et la régulation des projets sont assurées, s'il ya lieu par la revue d'enchaînement des projets qui se tient chaque quinzaine pour les projets immobiliers et par la revue des pôles qui se tient deux fois par an.

2.2. Le succès des établissements dépend de leur capacité à fédérer les personnels autour de l'appartenance à un établissement

[199] La capacité des établissements à attirer des personnels et à les garder est apparue prépondérante dans les facteurs de succès. Les personnels hospitaliers ont différents référentiels de valeurs et d'appartenance que l'on retrouve souvent affichés dans les projets d'établissements.

[200] Le plus petit dénominateur commun est constitué des « principes » du service public hospitalier (SPH) issus des « lois de Rolland » avec les valeurs d'égalité (pas de discrimination ; devoir de soigner chacun), de neutralité (les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades), de continuité (accueil en urgence, permanence des soins, service minimum en cas de grève) et d'adaptabilité ou mutabilité. Elles sont complétées par le secret professionnel et le secret médical.

Le premier axe du projet d'établissement du CH de Rochelle est son engagement prioritaire en faveur du service public hospitalier.

- [201] Si ces principes de service public se confondent souvent avec les valeurs et l'éthique professionnelles, ces dernières sont plus parlantes et fédératrices pour les professionnels : ce sont elles qui donnent du sens (phénomène renforcé avec la suppression de la référence au SPH par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST et l'intégration « des missions de service public »). Ainsi, demeure-t-il difficile de créer un système commun de références et un sentiment d'appartenance à un établissement, ce qui nécessite de supplanter les appartenances professionnelles et les appartenances à une entité intra hospitalière.
- [202] Le pôle n'est toujours pas un structure fédératrice (cf. : paragraphe 231) même si la mission a constaté qu'une véritable solidarité polaire commence à se mettre en place, notamment au travers de remplacements internes aux pôles.
- [203] Ce qui fait davantage sens, au-delà de la communauté professionnelle, c'est l'appartenance à une équipe et la mission princeps du soin : « la dimension clinique transcende ».³⁵ C'est dans l'équipe que la solidarité et la confiance s'instaurent le plus facilement et que les personnels sont alors les plus efficaces.
- [204] *« Si au jour le jour des personnels de santé variés partagent un fort sentiment d'appartenance, ce n'est pas du simple fait de la mission publique du service de santé. Au contraire, chacun s'attache plus ou moins à cette mission selon son degré d'investissement collectif. Se situant à des niveaux et dans des contextes divers, incluant la relation avec le patient ou non, des liens communautaires se constituent sur la base d'une interactivité interpersonnelle élevée, ou « interrelation » fréquente, concentrée sur l'opération chirurgicale, réactive aux urgences, commotionnée en réanimation, fortement attachée au patient dans les filières de soin. Dans ce dernier cas, l'homologie des situations, quel que soit le patient (âgé, « fou », enfant...), confère une échelle agrandie à l'identification commune »³⁶.*
- [205] Pour autant, les hôpitaux visités par la mission font des efforts pour créer un sentiment d'appartenance à leur établissement en développant des « valeurs ancrées et partagées »³⁷. Les médecins questionnés sur la possibilité de travailler en clinique, ont souvent mis en avant leur attachement à l'hôpital public et à « leur » hôpital en particulier, sans nécessairement pouvoir décrire de façon précise les raisons de cet attachement. La mission a cependant trouvé comme point commun une stratégie claire et connue. Et comme Sabine Stordeur l'explique, les hôpitaux attractifs sont organisés autour de trois axes qui doivent être coordonnés : donner du sens à la mission autour d'un « projet commun spécifique permettant de le reconnaître comme un centre d'excellence au niveau des soins, des innovations technologiques, de l'humanisation des soins et de l'équipement », offrir un support organisationnel aux personnes et l'ouverture sur l'extérieur.³⁸ La confiance et l'autonomie ont également semblé des déterminants communs aux établissements visités (cf.. supra).
- [206] Les valeurs développées par ces établissements peuvent passer par l'attention particulière à l'accueil des personnels et des stagiaires et étudiants.

Au CH d'Arcachon, deux sessions de journée d'accueil sont organisées chaque année pour les nouveaux arrivants quel que soit leur secteur d'affectation. Elle permet une présentation de l'établissement (les directions fonctionnelles présentent leur direction), du projet d'établissement, et ce qui est assez original, de quatre « parcours » décrivant des segments de l'établissement : un patient arrivant aux urgences, la prise en charge dans un service de soins, le fonctionnement du laboratoire, la cuisine et distribution des repas.

³⁵ Y. Brunelle, p43.

³⁶ in Les communautés à l'hôpital, Ivan Sainsaulieu, Esprit critique, Automne2007 - Vol.10. No. 01

³⁷ Y. Bruennelle p44.

³⁸ Les hôpitaux attractifs en Belgique, Sabine Stordeur, p30 actes du séminaire de la HAS « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », octobre 2010.

- [207] C'est également la promotion de l'innovation et de la recherche qui permettent la valorisation des équipes et peuvent constituer un facteur d'attractivité pour les personnels.

Le CHU de Toulouse a une tradition ancienne de développement de la recherche infirmière et paramédicale portée par la Direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI). Cette année, le CHU a déposé quatre dossiers, portés chacun par une infirmière, dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmier et paramédicale (PHRIP).

Le CHU de Brest a fortement investi dans l'élaboration de protocoles de coopération entre professionnels de santé. Des projets de protocoles sont à différents stades de validation : l'un a été validé au niveau national (sur les prélèvements de cornées faits par les infirmiers plutôt que les médecins), un autre a été déposé à la HAS (prise en charge des patients ayant une maladie sexuellement transmissible), deux autres sont déposés à l'ARS (échographies cardiaques ; téléradiologie), l'un est en cours de réécriture suite à des discussions avec l'ARS (entérobactéries productrices de cabapéménase chez les patients stomisés), un autre est en cours de validation interne (lutte contre le tabagisme).

- [208] Enfin, la mission s'est attachée à rencontrer les représentants des usagers : leur implication dans la vie hospitalière a été souvent signalée. Au-delà, les hôpitaux visités ont une attention portée à une organisation centrée autour du patient.

Le projet d'établissement du CH de Bourg-en-Bresse 2012-2016 pose que « le projet de soins s'est attaché à traduire le projet d'établissement tout en prenant en compte les valeurs soignantes auxquelles l'établissement est attaché et qui vise à placer le patient au cœur du système de soin et à développer la qualité et la sécurité de la prise en charge ».

2.3. *Les pôles : un levier de changement véritable mis en œuvre partiellement*

- [209] Le pôle d'activité est une structure opérationnelle résultant d'un découpage de l'hôpital. Placé sous la responsabilité d'un praticien, le pôle permet de déconcentrer une partie du pilotage médico-économique de l'établissement. Il regroupe des structures internes, dont les anciens services, dans une visée de fluidité du parcours des patients et de synergie des moyens.
- [210] **Un précédent rapport de l'IGAS de 2010 avait dressé un bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion³⁹.**

Le rapport précité, après avoir replacé la création des pôles d'activité dans le contexte des principes retenus dans les ordonnances de 2005⁴⁰ (priorité donnée au pilotage médico-économique ; transmission de capacités de décision plus près de la production de soins dans l'établissement), notait :

- que la mise en place du mouvement d'association des médecins au pilotage de l'institution et de déconcentration des décisions au plus près de la production de soins supposait un certain nombre de pré-requis encore insuffisamment remplis, cinq ans après la réforme (construction des outils de la délégation de gestion ; articulation entre les différents projets structurant l'établissement ; construction de la confiance entre équipes médicales administratives et

³⁹ Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport RM 2010-010 établi par Hayet Zeggar, Guy Vallet, membres de l'inspection générale des affaires sociales, Oriane TERCERIE, stagiaire IGAS.

⁴⁰ Notamment l'ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

soignantes ; abandon de logiques prioritaires de sites et de service) ;

- que la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective au pôle était surmontable mais que la confiance dans cette entreprise s'émoissait en l'absence de délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, d'outils de pilotage financier (le rapport employait l'expression d'état prévisionnel des recettes et des dépenses de pôle), de moyens humains qualifiés permettant d'exercer les délégations de gestion si elles venaient à être opérées et enfin d'un retour effectif d'information.

Le rapport, compte tenu du caractère inachevé de la montée en charge de la réforme, préconisait une clarification de la ligne managériale de l'institution en affirmant la responsabilité des pôles dans le pilotage médico-économique. Il considérait prématuré le transfert du pouvoir hiérarchique sur les personnels soignants au chef de pôle, et s'interrogeait sur la distinction formelle entre la contractualisation et la délégation.

[212] **La loi HPST et ses textes d'application ont confirmé le pôle d'activité clinique ou médico- technique comme pivot de la nouvelle gouvernance**

Les nouveaux textes ont apporté différentes précisions mais le fait à retenir est la confirmation donnée à l'existence des pôles et à leur rôle dans le pilotage opérationnel de l'hôpital.

Les pôles sont désormais le seul mode d'organisation interne de l'établissement. C'est le directeur qui définit cette organisation, après avis du président de la CME (et du doyen dans les CHU). Les pôles peuvent comporter des structures internes dont les responsables sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle.

Les « chefs » et non plus « responsables » de pôle sont désormais nommés par le directeur après avis du président de la CME, pour un mandat de quatre ans renouvelable. Les chefs de pôle ont « autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle (ils ont le pouvoir de donner des instructions au personnel, d'annuler ou de réformer les décisions de ses collaborateurs). Un contrat de pôle est signé entre le directeur et le chef de pôle, après concertation avec le directoire. Il précise le rôle du chef de pôle dans la gestion du tableau prévisionnel des effectifs et la répartition des moyens humains entre les structures internes du pôle, la gestion des tableaux de service, la définition des profils de poste et l'affectation des personnels au sein du pôle, la proposition de recrutement de personnel non titulaire, l'organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale, et la participation à l'élaboration du plan de formation. Le directeur peut mettre en place une délégation de signature (mais non de compétence) plus ou moins larges dans cinq domaines (crédits de remplacement des personnels non permanents, dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, dépenses de caractère hôtelier, dépenses d'entretien et de réparation des équipements, dépenses de formation). Les chefs de pôle peuvent être assistés par un ou plusieurs collaborateurs dont ils proposent la nomination au directeur.

Un projet de pôle établi en conformité avec le contrat de pôle tend à déterminer l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité à l'intérieur du pôle et leurs évolutions.

Le commentaire accompagnant la mise en œuvre du nouveau dispositif institutionnel insiste sur le caractère participatif de celui-ci et les différentes formes que peut revêtir ce caractère. Le pôle apparaît ainsi comme le principal moyen d'association au pilotage médico-économique.

2.3.1. Un des CHU visité a largement développé et approfondi les différents aspects de la réforme

[217] Un des CHU visité est structuré en 15 pôles cliniques, 6 pôles médico-techniques et 4 pôles logistico-administratifs. Leur taille cible est de 300 à 600 équivalents temps plein (ETP).

- [218] Le pôle dispose d'un budget annuel validé récapitulant l'ensemble des comptes budgétaires délégués (par principe tous les comptes budgétaires délégués sont complets). Un comité de régulation budgétaire et de gestion des pôles propose au directoire les modalités de répartition budgétaire (tenant compte des objectifs des contrats de pôle). Le budget annuel de pôle est validé après passage devant ce comité puis en directoire. L'évolution de la masse salariale, compte tenu du GVT (glissement-vieillesse-technicité) est établie par la direction des ressources humaines. La direction des affaires financières ajuste à quatre reprises dans l'année, l'attribution des effectifs de pôles compte tenu de leur activité et de leurs résultats. Un suivi budgétaire mensuel est organisé au niveau du chef de pôle qui prend, au besoin, les mesures correctrices nécessaires. Le pôle dispose de CREA trimestriels, d'un TCCM annuel et d'outils de pilotage divers.
- [219] Dans chaque pôle, le chef de pôle est assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un assistant de gestion. Parmi l'équipe de direction, un directeur délégué est référent auprès du pôle. Un bureau de pôle rassemble le chef de pôle, les médecins responsables de service, le cadre supérieur de santé, l'assistant de gestion, et un médecin DIM référent. Le directeur délégué assiste aux réunions. La concertation avec les personnels du pôle est organisée selon le règlement intérieur des pôles. S'agissant des praticiens titulaires, ils sont consultés via un comité médical consultatif de pôle.
- [220] Un directeur de la coordination et du développement des pôles, placé auprès du directeur général du CHU, assure l'animation des directeurs délégués et la coordination dans le cadre des objectifs stratégiques de l'établissement. Une assemblée des chefs de pôle se réunit périodiquement et six conseils stratégiques d'aide à la décision donnent des avis au directoire, parmi lesquels le comité de régulation budgétaire et de gestion des pôles (CRBGP). Ce dernier effectue chaque mois avant la réunion du directoire, un bilan des évolutions d'activité, de ressources et de dépenses de tous les pôles et propose les délégations de crédits et effectifs cibles, ainsi que les ajustements.
- [221] S'agissant des personnels non médicaux, la direction des ressources humaines détermine un effectif rémunérable pour l'année, pour chaque pôle qui procède, alors, à la saisonnalisation. En cas de dépassement de l'effectif autorisé, des réunions mensuelles sont organisées entre l'encadrement de pôle et les directions fonctionnelles concernées. La définition et le contrôle des plannings sont gérés au niveau du pôle. Les effectifs de remplacement sont pourvus par un pool central dont les vacations sont imputées sur le compte du pôle. Le remplacement de longue durée est accordé par tirage sur une enveloppe budgétaire centrale. Le pôle peut recourir directement à l'intérim dans le cadre d'un marché annuel de l'hôpital et dans la limite des crédits délégués au pôle. Les recrutements de personnels permanents font l'objet d'arbitrages au niveau de la direction des ressources humaines. Une enveloppe budgétaire est directement gérée par la direction de la formation. Une seconde est également gérée par elle, mais chaque pôle y dispose d'un droit de tirage.
- [222] S'agissant du personnel médical, les évolutions en termes de personnels permanents sont précisées dans le contrat de pôle et sont instruites par la commission de révision des effectifs médicaux et la direction des affaires médicales. La gestion du recrutement et de la carrière est assurée par la direction des affaires médicales sur proposition du pôle, après avis du président de la CME. Les chefs de pôle ont la responsabilité des tableaux de service. Les demandes de modification de l'organisation des permanences sur place et des astreintes sont présentées à la commission de l'organisation de la permanence des soins par le directeur des affaires médicales et validées par le DG après avis de la CME et du président de celle-ci.
- [223] Le contrôle de gestion est rattaché à la direction de la coordination des pôles. Des contrôleurs sont désignés pour chaque pôle (environ cinq pôles par contrôleur).

[224] L'organisation de ce CHU se caractérise par la formalisation précise des rapports entre les directions fonctionnelles et les pôles, et le souci d'assurer la cohérence entre les choix d'établissement et les managements de pôle. Elle affiche une large place à la concertation avec le personnel et à la gestion par projet. Les pôles apparaissent ici comme la réponse à un évident problème de taille. L'organisation, trop grande pour garder le contact avec le terrain, doit retrouver un espace de management adéquat. Les modalités retenues visent à conserver l'unité de l'établissement en dépit de la nécessité de son découpage, un problème que le CHU avait rencontré dans le passé du fait de sa répartition entre sites miroirs concurrents. La gestion en mode projet permet d'appréhender le savoir faire des acteurs opérationnels. Seule l'observation à moyen terme pourra permettre de déterminer si la nouvelle organisation est capable de faire circuler informations et impulsions de manière non seulement descendante mais au besoin ascendante (l'innovation des pratiques soignantes est dans les unités de soins) ou même transversale (pas seulement la négociation des prestations internes mais aussi la diffusion des savoir-faire en tâche d'huile).

[225] **Une enquête de la DGOS montre que la réforme prospère surtout dans les CHU et les gros établissements, indépendamment de leur situation financière**

Une enquête nationale de la DGOS, datant de juillet 2011, portant sur la gouvernance hospitalière, indique que 77% des établissements (y compris les anciens hôpitaux locaux), étaient organisés en pôles. Le nombre total moyen de pôles par établissement était de 7,1 (22 en moyenne dans les CHR et CHU). Dans l'immense majorité des cas, les chefs de pôle ont été nommés en accord avec le président de la CME. Il en va de même pour la nomination des responsables de structures internes nommés en accord avec le président de la CME et sur proposition des chefs de pôle. 21% des établissements avaient signé au moins un contrat de pôle au 31 décembre 2010. Le nombre moyen de contrats signés dans les CHR et CHU était de 9,5 contre 3 dans les CH de plus de 70 millions de budget et 0,6 dans les CH au budget compris entre 20 et 70 millions d'euros. Les contrats portaient majoritairement sur la qualité et la sécurité des soins, la maîtrise des dépenses et le contrôle de gestion, la gestion des ressources humaines et l'amélioration des organisations. Cela apparaissait systématiquement pour plus de 90% des CHR-CHU, mais seulement pour 52% à 73% des établissements dont le budget est compris entre 20 et 70 millions d'euros. Dans toutes les catégories d'établissement, les chefs de pôle organisaient très majoritairement des réunions de travail avec leurs collaborateurs. La mise à disposition de contrôleurs de gestion dédiés dans les pôles demeurait très faible. Enfin, les délégations de signature pour engager des dépenses n'étaient franchement majoritaires que dans les CHU et CHR.

2.3.2. La mission constate que la mise en œuvre est graduelle et inégale selon les établissements, quelle que soit leur situation financière

[226] Dans un centre hospitalier, de taille moyenne visité, bien que les pôles soient en place depuis 2006, leur vitalité demeure faible, en raison d'un contexte général peu propice au développement de projets (CREF très tranchant; incertitude sur les relations avec les hôpitaux publics voisins). La perspective d'un projet médical commun avec les centres hospitaliers voisins est espérée et permettrait de doter l'établissement d'orientations stratégiques faute desquelles le contenu des contrats de pôle demeurerait lacunaire. Les délégations de gestion sont relativement restreintes (modalités de recrutement et intérim). La définition d'objectifs contractuels des pôles en est à ses débuts.

- [227] Pour l'un des hôpitaux visités, la mise en œuvre des pôles est relativement peu avancée. Le découpage en pôles a été opéré. Les chefs de pôle ont été désignés. Deux assistants de gestion ont été dédiés aux six pôles d'activité. Un comité des pôles regroupant les binômes de chaque pôle, les assistants de gestion, la direction et le président de la CME s'est réuni quatre fois en 2011. Au moment du passage de la mission, aucun projet de pôle n'était établi. Les contrats de pôle de deuxième génération étaient signés sauf en psychiatrie. Aucune délégation de signature n'avait été mise en place. L'établissement étudie la possibilité de conférer, dans le courant 2012, probablement en débutant par le pôle mère-enfant, une marge de manœuvre aux pôles concernant les effectifs non médicaux. Le plus souvent, les chefs de pôle n'ont pas souhaité s'engager dans une délégation de gestion pour le personnel médical. Le contenu des contrats de pôle est essentiellement consacré à la déclinaison du CREF et à la mise en œuvre des éléments de la politique de qualité, sécurité des soins et d'accueil des usagers.
- [228] Dans un autre établissement visité, les contrats comportent la mention des effectifs cibles qui ne peuvent être dépassés, hors développement de nouveau projet. Des délégations de signature sont fixées et précisées dans les annexes aux contrats de pôle. Ainsi, pour le pôle de médecine, une délégation de signature existe pour les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux dont une enveloppe est répartie entre les services consommateurs par la direction des finances. Ce partage est réalisé, pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) et les molécules onéreuses, en fonction du taux d'évolution autorisé par l'ARS. Une délégation existe pour les cartouches d'imprimante, ainsi qu'une sous-enveloppe pour le petit matériel biomédical. Les dépenses de formation du personnel sont également concernées dans le cadre d'enveloppes représentant 60% des crédits de formation de l'établissement. Les contrats précisent le rôle du chef de pôle, qui, sous réserve d'information de la direction et dans le respect du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, peut répartir les moyens entre les structures internes du pôle et doit valider et transmettre les tableaux de service. Il définit également les profils des postes médicaux conjointement avec les responsables de service et donne son avis sur les demandes de recrutement de personnel médical. Un intéressement collectif est prévu. Son montant donne lieu à une discussion annuelle entre président de la CME, le directeur et le chef de pôle. Il finance des dépenses non pérennes et n'est accordé que si l'établissement réalise un excédent budgétaire.
- [229] La mission souligne l'intérêt d'aller au bout de la logique de responsabilité des chefs de pôles.
- [230] La mission constate que là où la réforme s'est mise en place, elle contribue à améliorer le dynamisme relationnel et à mieux poser les bases du dialogue de gestion. Comme l'a indiqué à la mission l'un des chefs de pôle d'un CHU, elle repose largement sur l'acceptation par les médecins chefs de pôle du fait d'assumer le poids de la tâche médico-économique, et d'en soulager ainsi la collectivité médicale du pôle.

2.4. *L'établissement a intérêt à s'investir dans la qualité de vie au travail*

- [231] Le rapport entre la qualité de vie et de la satisfaction au travail au travail dans les hôpitaux et la qualité de prise en charge, s'il pose encore question, a fait l'objet de nombreuses études. Il a été particulièrement analysé par les chercheurs nord-américains en ce qui concerne les infirmières notamment à travers les « hôpitaux magnétiques »⁴¹. Certains d'entre eux ont fait le lien entre la satisfaction des soignants, « l'issue favorable pour le patient et une meilleure perception de la qualité des soins »⁴². C'est ce que résume Y. Brunelle en parlant « des hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner »⁴³.
- [232] Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail au conservatoire national des arts et métiers (CNAM) lors du séminaire « *qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé* » d'octobre 2010 de la HAS, expliquait que « *l'efficacité dans le travail est fondamentale pour chacun d'entre nous. L'efficacité c'est arriver à faire ce que l'on a prévu de faire, c'est atteindre les objectifs qu'on s'est fixés et éventuellement en créer d'autres* ». « *Les salariés font souvent une maladie de ne pas pouvoir faire correctement leur travail, de ne pas pouvoir faire ce qu'ils croient nécessaire de faire.* »
- [233] De fait, les professionnels de santé sont attachés à faire leur travail au mieux, à prendre en charge les patients dans les meilleures conditions et se sentent mal lorsqu'ils ont l'impression de ne pas passer assez de temps auprès d'eux ou de ne pas leur offrir l'ensemble des soins nécessaires, ce en lien avec les valeurs professionnelles (cf. supra). L'enjeu d'offrir des conditions de travail satisfaisantes, de reconnaître et valoriser le travail réalisé, d'attirer et surtout de fidéliser leur personnel est majeur pour les établissements en termes de coûts et de qualité de prise en charge⁴⁴. Les établissements sont donc actuellement confrontés à l'enjeu de « concilier efficacité, qualité des soins et satisfaction des professionnels »⁴⁵.
- [234] Pourtant, les résultats de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les EPS montraient que « majoritairement, les conditions de vie au travail (...) [et] la prévention des risques psycho-sociaux (...) sont considérés comme moyennement assurés. »⁴⁶
- [235] Les établissements de santé ont pu aborder la question de la qualité de vie au travail à travers la gestion des risques et l'obligation de mettre en œuvre une politique de prévention des risques psycho-sociaux notamment via le Document unique. De façon générale, la politique de gestion des ressources humaines répond à certaines problématiques d'amélioration de la qualité de vie au travail. La politique de formation (répondre aux demandes de formation continue, promotion professionnelle etc.), l'organisation des reclassements professionnels, l'embauche de psychologue(s) du travail et/ou d'ergonome(s) rattaché(s) à la médecine du travail, la politique de mobilité interne (bourses d'emplois), la politique « sociale » (places de crèches par exemple) constituent quelques exemples dans les établissements visités. Notons que le chapitre 1 du manuel de certification v 2010 dans sa partie 2 relative au management des ressources compte un critère 3d intitulé « qualité de vie au travail ».

⁴¹ Par exemple, une étude collective de 2011 intitulée « *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries* » menée par Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane, Sean Clarke, Lusine Poghosyan, Eunhee Cho, Liming You, Mary Finlayson, Masako Kanai-Pak <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/4/357.abstract> - aff-8#aff-8 et Yupin Aungsuroch concluait qu' « *une attention accrue à l'amélioration de l'environnement de travail pourrait être associée à des gains substantiels dans la stabilisation de la main d'œuvre infirmière, tout en améliorant la qualité des soins hospitaliers à travers le monde* ».

⁴² cf. : Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine CCECQA en 2000.

⁴³ Pratiques et organisations des soins, volume 40 n°1, janvier-mars 2009.

⁴⁴ Rotation et stabilisation du personnel infirmier par A. Baumann, RN, PhD pour le compte du centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers.

⁴⁵ Gestions hospitalières de juin-juillet 2009

⁴⁶ p22, volume II du rapport sur la modernisation des RH dans les EPS.

- [236] La mesure de la qualité de vie au travail semble néanmoins encore peu homogène. L'indicateur de qualité de vie au travail le plus souvent suivi en routine est le taux d'absentéisme pour lequel les établissements ont mis en place des systèmes d'analyse et de réaction rapides afin de régler au plus vite les situations problématiques. Le turn over et les accidents de travail (AT) voire les fiches de signalements sont également suivis. D'après notre enquête, 41% des établissements utilisent des indicateurs de qualité de vie au travail (ce pourcentage est systématiquement plus élevé pour les établissements présentant des résultats financiers satisfaisants).

Le CHU de Brest a récemment mis en place « un baromètre social regroupant plusieurs indicateurs tendant à repérer les situations de mal-être au travail » à travers un suivi d'indicateurs pondérés par unités fonctionnelles (UF) relatifs aux signalement d'un mal être au travail, demande de souhait de changement de service, fiche signalétique d'événements indésirables (FSEI) faisant état de mauvaises relations entre collègues de travail, FSEI faisant état d'agression/ de maltraitance, intervention de la psychologue pour une médiation. Ces indicateurs sont croisés avec les accidents d'exposition au sang (AES), les déclarations d'AT, les déclarations initiales de maladie professionnelle (MP), le nombre d'arrêts maladie de 3 jours ou moins et le nombre d'arrêts maladie entre 4 et 8 jours.

- [237] La mesure de la satisfaction au travail en tant que telle, plus lourde à mettre en place et plus délicate à gérer, paraît moins développée. A titre d'exemple, l'étude multicentrique nationale ORSOSA (Organisation des soins-santé) – à laquelle participe sept CHU dont celui de Toulouse – combine une étude transversale de recueil de données sur les contraintes psychosociales et organisationnelles du travail et leur impact sur la santé des personnels ainsi qu'un suivi de cohorte. Elle se fonde sur deux questionnaires qui visent à appréhender la différence entre les efforts et la satisfaction des agents d'une part, les aspects organisationnels de l'environnement de travail d'autre part et une mesure de la charge affective⁴⁷ ainsi qu'une quantification objective d'activités et d'organisation (grille d'observation et questionnaire).

- [238] Trois des établissements visités ont mis en œuvre des enquêtes de satisfaction du personnel.

Le CH de La Rochelle a mis en place en 2011 une enquête de satisfaction du personnel comprenant 65 questions axées autour de six thèmes : le temps de travail et l'organisation du travail, le poste de travail, les conditions de travail, la carrière, la vie sociale, l'information, la communication et la vie institutionnelle. Ce questionnaire a recueilli 50% de taux de réponse.

Le CH d'Arcachon a mené une première enquête de 85 questions en 2006 sur la base du questionnaire Saphora-Job qui vise à appréhender la satisfaction au travail (élaboré par le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine CCECQA en 2004) retravaillé par un groupe de travail interne avec un taux de retour de 25%. En 2010, le CH a lancé une autre enquête sur la base du questionnaire de Karasek qui évalue trois dimensions de l'environnement psycho-social au travail (demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social) à partir de 30 questions. Le CH a prévu de lancer une nouvelle enquête en 2012 via son association au projet du consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE)⁴⁸ en vue d'une éventuelle généralisation de l'indicateur de satisfaction au travail des professionnels de santé⁴⁹.

⁴⁷ Le questionnaire Siegrtist simplifié à 26 items, le questionnaire Nursign work index-occupational health de 22 items, la nursing stress scale

⁴⁸ CLARTE regroupe les Hospices Civils de Lyon, le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) et le CHU de Nantes dans le cadre du programme d'expérimentation des indicateurs de qualité en établissements pour les années 2010 à 2012 ; il travaille en lien avec le comité de pilotage national de la généralisation des indicateurs de qualité des établissements de santé afin notamment « d'expérimenter et valider en vue de leur généralisation, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins hospitaliers (...)» in <http://www.clarte-sante.fr/>.

Le CH de Bourg-en-Bresse dépouille actuellement une enquête relative à la qualité de vie au travail lancée fin 2011 à partir de différents questionnaires existants, comptant plus de 90 questions.

2.5. *Une attention particulière à la compréhension par les différents acteurs des démarches mises en œuvre : le rôle de la communication*

- [239] Dans le cadre d'un hôpital sans cesse en mouvement (les interlocuteurs de la mission ont pu aller jusqu'à dire qu'au-delà de l'empilement, c'est à une quasi superposition de réformes sans évaluation qu'a été soumis l'hôpital depuis 15 ans), de plus en plus complexe et fractionné, le rôle de la communication, interne notamment, est devenu primordial.
- [240] En premier lieu, la communication s'entend comme un outil permettant d'expliquer la politique et les projets en cours. Elle est donc vectrice de sens et de cohésion à travers l'élaboration d'un langage commun. Le rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé⁵⁰ concluait sur ce sujet qu'« *il est essentiel d'associer les personnels, de leur faire partager les enjeux, de fixer les règles du jeu pour que chacun, quel que soit son grade, se sente partie prenante dans le présent et l'avenir de l'établissement. Ceci suppose de construire une communication simple, rapide, régulière et suffisante pour que les faits marquants de la vie et les perspectives de l'institution soient connus, compris et appropriés par le plus grand nombre.* » La très grande majorité des hôpitaux ont créé des journaux internes et/ou des feuillets distribués avec la fiche de paie afin d'informer les personnels des grands moments qui rythment la vie de l'institution.
- [241] Le besoin de cohésion institutionnelle et de sens partagé est ressenti avec d'autant plus d'acuité depuis la mise en place des pôles. Comme il a été dit supra, les cadres de proximité notamment ont pu mettre en avant le fait que l'information, ascendante et descendante, s'arrêtait trop souvent au niveau du pôle⁵¹. La mission a noté que les hôpitaux visités ont essayé de développer une communication multidirectionnelle (sens descendant, en transversal et dans un sens ascendant) qui a été théorisée dans le monde de l'entreprise. « Dès lors que l'on conçoit la nécessité d'une communication interne, non pas dans son sens *télégraphique* (Shannon ; Weaver, 1975), mais *orchestral* (Winkin, 1996) ou *systémique* (Mucchielli, 1999) de mise en commun, d'échanges réticulaires ou de communion, nous pensons qu'elle devrait tendre davantage, pour le plus grand intérêt de l'entreprise d'aujourd'hui, vers une forme de « *réseau dans la pyramide* » (Sérieyx, 1996), ce que nous désignons par les termes de « *maillage construit transversalement* »⁵². Les chefs d'entreprise ont donc la nécessité de créer une « *entreprise à l'écoute* »⁵³. De la même façon, les dirigeants hospitaliers ont intérêt à être au courant de ce qui se passe dans les équipes pour orienter leur action et adapter leur communication et leurs outils.

⁴⁹ Sur les 7 établissements visités, le CH d'Arcachon, le CHU de Toulouse, le CHU de Brest et le CH de la Rochelle participent au projet CLARTE.

⁵⁰ Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, D. Toupillier, M. Yahiel, 9/12/2010, p9.

⁵¹ Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?

⁵² L'Intelligence communicationnelle interne, pour une synergie entre information et communication au sein de l'organisation, de Frédéric ELY, I3M - Université du Sud Toulon Var ; Université de Nice Sophia Antipolis.

⁵³ L'entreprise à l'écoute, M. Crozier, la flèche, Point, 1997

[242] Dans le cadre de cette communication multi dimensionnelle, les cadres intermédiaires sont des acteurs indispensables. Ayant pris conscience que les cadres pouvaient se sentir à l'écart de l'information, les hôpitaux rencontrés les ont mis au centre du dispositif de communication interne. Car ils permettent à l'information de descendre mais également de remonter et de circuler. Au-delà, ils font également remonter « le climat », l'état d'esprit des équipes. Dans leur article « logiques et représentations de la reconnaissance dans les organisations », D. Malherbe et JY Saulquin⁵⁴ mettent en avant l'importance de la reconnaissance (entendue comme un segment de l'action managériale à visée arbitrale et non seulement dans une conception psycho-sociologique) dans la performance des entreprises et soulignent que bien que cet aspect ait été intégré par le management, ceci ne se traduit pas nécessairement par le ressenti des salariés qui ne se sentent pas reconnus. La première des reconnaissances est le droit à la dignité au travail et donc une certaine autonomie. Les auteurs soulignent l'importance du rôle des cadres qui doivent instaurer « *une compréhension partagée – et au-delà, si possible, une entente même partielle – avec les salariés des principes et normes qui légitiment les rapport au travail. (...) Les cadres sont souvent les plus aptes à maîtriser la subtilité des perceptions et des aspirations des acteurs du terrain. L'encadrement est un relais mais il doit aussi aider les salariés à sortir de leur vision particulière et à remettre leurs pratiques en question.* »

Dans les établissements rencontrés, la mission a pu constater au niveau des cadres de santé notamment, un nombre très important de réunions dans de multiples formations (cadre de pôle et cadres du pôle, ensemble des cadres de santé sous l'égide du coordonnateur des soins et/ou du directeur d'établissement, coordonnateur et cadres supérieurs de santé etc.), qui visaient non seulement à informer des projets institutionnels mais également à échanger sur les pratiques, mettre en valeur des expériences, et régler des problèmes concrets rencontrés par les équipes.

[243] Par ailleurs, la nouvelle gouvernance a renforcé le lien médico-administratif. Il se traduit par des échanges d'informations très réguliers au niveau des exécutifs de pôle et du binôme chef d'établissement-président de la CME (hebdomadaire dans la majorité des établissements visités). En amont de la prise de décision, la mission a également rencontré à plusieurs reprises des modes de communication organisés mais relativement informels où les dirigeants administratifs et médicaux échangent, souvent autour d'un repas, pour « se dire les choses ». Selon les acteurs rencontrés, cette communication permet de créer un véritable climat de confiance, les uns et les autres comprenant leurs contraintes respectives de façon transparente.

Ainsi, au CH de Bourg-en-Bresse, le directeur a instauré le « G9 » qui rassemble les chefs de pôle, le président de la CME et lui-même, après avoir observé l'incompréhension des médecins et de la direction lors des périodes de tension et leur cristallisation au moment de la prise de décision. Le G9 a pour objectif de discuter de tous les sujets (il n'y a pas d'ordre du jour) et le directeur est toujours présent : « on ne trouve pas de solution, et aucune décision n'est prise (c'est le rôle du directoire) mais on pose tout sur la table ».

[244] Les établissements ont également pu mettre en avant un « effet taille » qui facilite la communication. Ainsi, lorsque la communauté médicale est resserrée et stable, les échanges avec la direction mais également entre médecins est facilitée.

Certains chefs de pôle et cadres du CH de Longjumeau ont ainsi mis en avant la pérennité des équipes de l'hôpital et l'esprit de famille qui y règne. Liés à un « établissement à taille humaine où tout le monde se connaît », ces éléments facilitent la communication : « on se croise tout le temps et on peut se dire les choses ».

⁵⁴ Logiques et représentations de la reconnaissance dans les organisations, Denis Malherbe et Jean-Yves Saulquin, Vie et sciences économiques, n° 168-169, juillet 2005

- [245] Dans les établissements plus grands, la communication passe bien évidemment par les relais que sont les pôles et l'implication des cadres (voir supra). Ceci pose la question, non nécessairement résolue, de la formation (et l'aptitude) des exécutifs de pôle à la communication. Cela n'exonère pas les directions d'actions spécifiques qui permettent de donner de la cohérence. En dehors des outils sus mentionnés, elles se traduisent le plus souvent par des interventions assez solennelles du chef d'établissements devant des formations plus ou moins larges du personnel, mais également par des initiatives moins formelles qui permettent de souder le collectif autour des valeurs de l'hôpital.

Le CHU Toulouse, en plus d'avoir beaucoup développé la gestion dialoguée dans les pôles et le management en mode projet, a institué une fête annuelle.

- [246] En conclusion, la communication apparaît d'autant plus efficace qu'elle se fait dans le respect et la considération des agents, en tenant compte de leur autonomie. Elle permet alors d'expliquer les réformes et changements, de les faire accepter et donc de susciter l'adhésion. La diffusion de l'information est, entre autres, gage d'autonomie, cette dernière étant l'un des facteurs permettant de maîtriser les changements⁵⁵. Marie-Reine Boudarel développe une théorie qui vise à modéliser l'existant de façon participative, avant de mettre en œuvre un changement, afin que les acteurs le comprennent. « *Les démarches de communication accompagnant le changement sont indispensables, mais elles revêtent parfois un caractère d'injonction qui paradoxalement facilite les résistances. La participation active des partenaires du système est un moyen possible d'accélérer le changement, d'introduire de la transversalité dans le processus et de faire contribuer les compétences de chacun.* » Cette communication plus transversale va de mise avec un management participatif et notamment des démarches projets comme la mission a pu en rencontrer (cf. : supra).
- [247] L'attention des dirigeants hospitaliers sur la perception des agents est d'autant plus importante que des professionnels satisfaits sont les premiers à parler favorablement de l'établissement à l'extérieur. Ainsi que cela a été précisé à la mission au CHU de Brest, cette « publicité » participe de la réputation de l'hôpital et complète la communication externe existante⁵⁶.

3. DES FACTEURS EXOGENES PEUVENT RENFORCER L'ETABLISSEMENT

3.1. Une géographie et une démographie favorables

3.1.1. Des zones géographiques particulièrement attractives

- [248] La situation géographique d'un établissement de santé peut constituer un atout. L'étude de la DREES sur les distances entre domicile et lieu d'hospitalisation⁵⁷ montre que près de 30% des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50% à moins de 20 minutes.

⁵⁵ Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle, de Jean-Marc Salvet, Hervé Serieyx, M. Crozier, 1994.

⁵⁶ Voir « la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », sus mentionné.

⁵⁷ A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? DREES, Etudes et résultats, n°754, février 2011

- [249] Cette étude précise également que le temps de trajet des patients hospitalisés dans les centres hospitaliers universitaires/régionaux (CHU/CHR est le plus élevé (29 min). La plupart des pathologies lourdes ne pouvant être traitées que dans ces établissements, certains patients doivent parcourir de longues distances pour y être soignés. À l'inverse, les centres hospitaliers, nombreux sur l'ensemble du territoire, accueillent en majorité des patients atteints de pathologies moins lourdes. Les temps de trajet faibles (18 min) qui y sont associés montrent qu'ils sont tout à fait dans leur rôle d'établissements de proximité.
- [250] Dans une autre étude sur les disparités de temps d'accès aux soins entre territoires de santé⁵⁸, il est noté que les temps de trajets effectifs sont plus élevés que les temps théoriques, les patients ne se rendant pas forcément à l'établissement le plus proche, en raison de phénomènes de file d'attente, de spécialisation, ou encore d'effets de réputation. Dans les territoires les moins équipés, les patients se déplacent plus souvent dans les territoires voisins. Les habitants de départements possédant une importante offre hospitalière se déplacent nettement moins que ceux des départements moins bien pourvus. La DREES souligne en outre que les départements moins pourvus sont en général des départements plus ruraux et moins peuplés que ceux possédant une importante offre hospitalière. L'équipement et les caractéristiques du territoire où se situe l'établissement, l'accessibilité géographique de l'établissement, intégrant les comportements historiques de déplacement des personnes, constituent des facteurs d'attractivité pour un établissement.

3.1.2. Un potentiel démographique facilitant

- [251] Le potentiel démographique⁵⁹ du territoire desservi par un établissement est un élément déterminant dans la mesure où, tout en tenant compte de la concurrence avec d'autres établissements du territoire, il peut permettre d'atteindre un niveau d'activité suffisant, et donc une rémunération de cette activité, compatible avec les moyens mis en œuvre pour assurer une prise en charge de qualité, la sécurité et la continuité des soins.
- [252] Le dynamisme démographique d'un territoire se mesure en général à partir de l'évolution de la population, évolution qui elle-même tient compte des décès, des naissances et des flux migratoires. Le taux brut de natalité s'échelonne sur le territoire métropolitain entre 9,8 pour 1 000 habitants (Corse et Poitou-Charentes) et 15,4 (Ile-de-France). C'est un déterminant significatif par rapport à l'activité potentielle des services de gynécologie-obstétrique. Il est à corrélérer avec l'augmentation de l'âge moyen des mères à l'accouchement qui a atteint la barre symbolique des 30 ans en 2010⁶⁰ (22% des naissances pour les mères de plus de 35 ans) et qui induit des facteurs de risques plus importants relevant de maternités de niveau 2 ou 3.
- [253] Plus généralement, si l'on considère le taux de variation de la population entre 2005 et 2030⁶¹, sur la base du modèle Omphale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), on note des écarts considérables :
- sept régions subissent des taux négatifs ou à peine positifs : Lorraine, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Limousin, Nord-Pas-de-Calais ;
 - trois autres régions, ainsi que la plupart des départements d'Outre-mer DOM (Martinique exceptée) enregistrent par contre des perspectives de croissance de leur population élevées : Provence-Alpes-Côte d'Azur (+18,3%), Midi-Pyrénées (21,8%) et Languedoc-Roussillon (+32,2%). Mais il faut tenir compte, par rapport à ces projections régionales, des taux d'évolution infrarégionaux qui peuvent être différenciés.

⁵⁸ Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers, comparaison entre deux spécialités, DREES, Etudes et résultats, n°794, mars 2012

⁵⁹ Le potentiel démographique s'entend par rapport à l'évolution et à la caractérisation de la population.

⁶⁰ L'état de santé de la population en France – suivi des objectifs annexés à la loi de Santé publique- rapport 2011, p.18

⁶¹ DREES – recueil d'indicateurs régionaux – offre de soins et état de santé – le scénario OMPHALE reproduit les tendances démographiques récentes.

Ainsi, par exemple, le CHU de Toulouse, en Midi-Pyrénées, est situé dans une zone d'expansion démographique continue, supérieure à la projection régionale : c'est l'ensemble des établissements de l'agglomération qui en bénéficient.

- [254] Cependant le vieillissement de la population, de même que certains facteurs socio-économiques, influent également sur la demande de soins et sur le mode de délivrance de ces soins, notamment avec un recours plus fréquent à l'hôpital. Ainsi, la part des plus de 60 ans dépassera, en 2030, 34% de la population totale dans six régions⁶² : Auvergne, Bourgogne, Corse, Limousin, Poitou-Charentes et Martinique. Or, on sait qu'avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies cardio-vasculaires, des tumeurs malignes et du diabète augmente⁶³ et qu'il persiste en la matière de fortes disparités entre régions⁶⁴.

Le projet d'établissement du CH d'Arcachon 2011-2015 observe que « *la Gironde constitue une sorte de locomotive démographique en Aquitaine* » avec des prévisions de croissance démographique 2004-2013 supérieures à celles de 1990-1999 dues à un solde migratoire positif et à un taux de fécondité élevé. Il note que « *l'ensemble de ces facteurs accroît les demandes de la population et notamment la demande de services et notamment : écoles, crèches, activités culturelles et sportives, services sociaux et offre de soins. Cela est d'autant plus vrai avec les néo-résidents exigeant une certaine qualité de vie, y compris dans le domaine sanitaire* ».

- [255] A contrario, un bassin de population étroit peut ne pas suffire au maintien d'une activité (maternité par exemple). La mission n'a pas pu dans le temps imparti travailler sur la notion de seuil d'équilibre par activité : elle est en effet complexe et dépend de la discipline, du plateau technique mobilisé ainsi que de l'environnement médical. Au demeurant les situations sont suffisamment rares pour faire l'objet d'une analyse au cas par cas. S'il s'avère que le maintien d'une activité est justifié par des contraintes d'aménagement du territoire, l'ARS peut fixer un objectif d'activité corrélé à un soutien financier dès lors que ce soutien n'aboutit pas à une surcompensation non-conforme aux règles européennes (financement supérieur aux charges réelles nettes de l'établissement induites par l'accomplissement des missions confiées) voir infra : paragraphe 4.3.

3.1.3. Une démographie médicale sur le territoire et un positionnement de l'établissement qui facilitent les recrutements

- [256] Dans le contexte de la tarification à l'activité, la capacité d'un établissement à disposer des compétences médicales nécessaires en quantité et en qualité pour garantir les objectifs de prise en charge, est un déterminant en grande partie lié à sa situation géographique. Celle-ci impacte en effet considérablement les possibilités de recrutement des établissements hospitaliers.

⁶² Recueil d'indicateurs régionaux p.13

⁶³ L'état de santé de la population p.22

⁶⁴ Recueil d'indicateurs régionaux p.22

- [257] Or, de ce point de vue toutes les régions et tous les départements ne se valent pas. En effet, la dernière étude de la DREES concernant la densité des médecins au 1^{er} janvier 2012⁶⁵ montre que si les inégalités de répartition géographique ont significativement diminué depuis 20 ans, les écarts restent plus importants pour les médecins salariés que pour les médecins libéraux. En 1990, la majeure partie de la moitié nord du territoire (dix régions) se caractérisait par une densité de médecins inférieure de plus de 15% à la moyenne nationale. Seules l'Ile-de-France, l'Alsace, la Lorraine et la Bretagne faisaient exception. A contrario, trois régions du sud (Provence-Alpes-Côte d'azur, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées) disposaient d'une densité supérieure de plus de 5% à la moyenne nationale. En 2012, seules cinq régions de la partie nord conservent des densités inférieures de 15% à la moyenne nationale. Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon restent aujourd'hui les trois régions qui disposent d'une densité supérieure d'au moins 5% à la moyenne nationale tandis que la région Aquitaine s'avère plus attractive que Midi-Pyrénées qui s'est rapprochée de la moyenne. L'indice de Theil qui mesure les inégalités⁶⁶ régionales et départementales, montre par ailleurs que les inégalités interrégionales ont été divisées par deux tandis qu'elles restent plus fortes entre départements au sein d'une même région.
- [258] De ce point de vue, la répartition des internes est aussi déterminante dans la mesure où 78% des médecins diplômés depuis moins de 4 ans exercent dans la région où ils ont obtenu leur diplôme. Ce taux atteint 80 à 87% pour les régions bordant la Méditerranée, l'Atlantique, les régions Rhône-Alpes, l'Ile-de-France et le Nord-Pas-de-Calais.
- [259] Si les modes d'exercice ont peu évolué sur les dix dernières années (quatre médecins sur dix choisissent le salariat exclusif et pour deux tiers d'entre eux travaillent à l'hôpital), la féminisation de la profession est plutôt favorable à un exercice hospitalier : une femme sur trois, contre un homme sur quatre. Cependant, cette nouvelle donne n'est pas encore de nature à combler les inégalités de répartition qui sont plus fortes pour les médecins salariés que pour les médecins libéraux.
- [260] Il est intéressant par ailleurs de mesurer l'impact de cette densité de médecins par spécialités⁶⁷, notamment celles qui concernent l'activité hospitalière :
- pour l'anesthésie-réanimation, les écarts sont amplifiés puisque cinq régions ont une densité inférieure de plus de 20% à la moyenne tandis que deux d'entre elles affichent une densité supérieure de plus de 20% et que trois d'entre elles ont une densité comprise entre 10 et 20% au dessus de la moyenne ;
 - pour la gynécologie-obstétrique, les écarts sont de même type : sept régions ont une densité inférieure de plus de 20%, deux seulement de plus de 20% ;
 - pour l'ophtalmologie : ce sont huit régions qui affichent une densité inférieure de plus de 20% à la moyenne et cinq autres entre 10 et 20% inférieure à la moyenne, tandis que seules deux régions ont une densité supérieure à plus de 20%.
- [261] Les inégalités dans la répartition des spécialités n'impactent pas seulement le recrutement du personnel médical à l'hôpital, mais elles ont également des effets sur l'activité. M. Barlet et C. Collin ont montré dans leur publication sur la localisation des professionnels de santé libéraux⁶⁸ que si les généralistes sont le mieux en adéquation avec les besoins de la population, ce n'est pas le cas pour les autres spécialistes libéraux de premier recours (pédiatres, gynécologues et ophtalmologues) ; dans cette hypothèse, l'hôpital peut voir son rôle se substituer, de fait, à une médecine de ville défaillante et voir son secteur de consultations externes embolisé par cette substitution, alors que cette activité est considérée comme plutôt financièrement déficitaire à l'hôpital.

⁶⁵ Les médecins au 1^{er} janvier 2012, DREES, Laurent Fauvet, collection études et résultats, n°796, mars 2012

⁶⁶ Indice de mesure fondé sur l'entropie de Shannon

⁶⁷ Daniel Sicart, Série Statistiques, DRESS, n° 167 - février 2012

⁶⁸ « Localisation des professionnels de santé libéraux » in Comptes nationaux de la santé. Collection Etudes et statistiques – DREES - 2010

[262] Les difficultés de recrutement que de tels écarts sous-tendent entraînent un recours soit à des médecins titulaires d'un diplôme étranger (8500 titulaires d'un diplôme délivré dans l'espace économique européen (EEE) et 9500 titulaires d'un diplôme hors EEE exerçaient sur le territoire français au 1^{er} janvier 2012), soit à l'intérim plus coûteux, soit à des vacataires. Les établissements qui s'en sortent le mieux sont ceux qui ont une réflexion au niveau du territoire et peuvent contractualiser (par exemple sur des niveaux de rémunérations) ou mutualiser avec d'autres.

Les ESPIC et les établissements publics de la région Aquitaine se sont organisés pour essayer de limiter le recours aux intérimaires et surtout réguler les rémunérations qui leur sont offertes, le risque étant celui d'une déstabilisation des recrutements médicaux par jeu de la surenchère. Cette organisation s'articule autour d'une charte de bonne conduite entre hôpitaux relative aux rémunérations, de la constitution d'un groupement de commandes régionales en matière d'intérim médical, de la mise en œuvre d'équipes médicales de remplacement hospitalier et d'un cadre commun pour le recours au nouveau statut de clinicien.

3.2. Une offre de soins synergique sur le territoire

3.2.1. Entre concurrence et complémentarité

[263] Dans le chapitre 1.4 relatif à « la gradation des soins hospitaliers », le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS v2 de la DGOS pose que la gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte quatre niveaux :

- le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé comprend les établissements de santé de proximité, des centres permettant « la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et les cabinets de ville d'imagerie », pivots de l'offre de premier recours ;
- le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » qui implique une activité programmée et en urgence avec une obligation de PDS et concerne les « établissements pivots » ;
- le niveau des plateaux techniques de « recours régional » (qui selon la densité de population peuvent être infra régionaux) qui regroupe « l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources » les situent à un niveau interrégional ou national ;
- le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale.

[264] L'objectif de cette gradation est de bénéficier d'une offre de soins hospitalière positionnée et dimensionnée pour répondre aux besoins de santé territoriaux. Mais la réalité de l'offre des établissements est toute autre : elle peut constituer de vrais atouts pour l'établissement en cas d'absence de concurrence ou concurrence raisonnée et présence d'un aval adéquat ou inversement.

3.2.1.1. La concurrence et la complémentarité sur le territoire

[265] Compte tenu du maillage du territoire en établissements de santé, les EPS peuvent se trouver en concurrence et/ou en complémentarité d'un EPS ou d'un établissement privé même si dans le cadre d'un même territoire de santé, la concurrence se fait plus souvent avec les établissements privés. « *En termes de lits et places, le secteur public est prédominant dans l'ensemble des régions excepté en PACA où il représente 46% des capacités. Dans cinq régions, ce secteur dispose de plus de 75% des capacités. Il s'agit de la Champagne Ardenne, du Limousin, de la Picardie, du Poitou Charente et de la Martinique.* »⁶⁹

⁶⁹ Le panorama des établissements de santé ; édition 2011, DREES, p61

[266] D'après notre enquête, 79% des établissements considèrent qu'ils sont en concurrence avec d'autres établissements publics, privés ou ESPIC. Ce pourcentage est plus élevé parmi les établissements dont les résultats financiers sont les moins satisfaisants et moins élevé parmi ceux qui ont des résultats plus satisfaisants, à l'exception de ceux qui sont dans la meilleure situation financière. Cette concurrence est équivalente en médecine et en chirurgie (60%) mais inférieure en obstétrique (45%).

[267] 94% des établissements considèrent qu'ils sont en complémentarité avec d'autres établissements publics, privés ou ESPIC. Ce chiffre est équivalent pour la médecine et la chirurgie (69%) et de 55% pour l'obstétrique.

[268] En fonction des situations et de la nature de la concurrence, les établissements peuvent réagir de façon différenciée. L'EPS peut :

- essayer de tendre vers une position monopolistique (ce qui suppose la disparition de la concurrence, le cas échéant par absorption) ce qui suppose qu'il soit à même de recruter les médecins susceptibles de faire changer de comportement les patients et que l'établissement soit capable de s'adapter pour les prendre en charge ;
- abandonner les activités pour lesquelles il considère que le degré de concurrence ne lui permet pas de les assurer dans de bonnes conditions. L'EPS doit alors réorganiser ses activités, ce qui, après une période souvent difficile, peut être salvateur (fermeture de maternité et/ou de chirurgie et réorientation vers de la médecine et des soins de suite) car l'hôpital dispose des ressources médicales pour ses nouvelles missions et répond, en complémentarité, à des besoins du territoire ;
- considérer que cette concurrence participe au degré d'attractivité du territoire et, compte tenu de la masse critique suffisante pour permettre une activité dans deux établissements, ne rien changer à son positionnement.

[269] De fait, la répartition des activités entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé commercial est déjà une réalité. En effet, de façon générale, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public alors que le privé privilégie l'ambulatoire (ex. : endoscopies) ; les hôpitaux publics ne réalisent qu'un peu plus d'un tiers de l'activité chirurgicale pour des actes en général plus complexes mais 75% d'activité d'obstétrique⁷⁰. Des complémentarités peuvent être trouvées, notamment avec le privé, eu égard à la spécialisation de chacun des secteurs, sans que cela se fasse nécessairement au détriment du public.

Dans son projet d'établissement 2012-2016, le CH de Bourg-en-Bresse, identifie comme une menace la concurrence forte du secteur privé mais réagit en saisissant les opportunités de développement d'activité liées à :

- l'augmentation des besoins due au vieillissement de la population ;
- de nouveaux recrutements médicaux répondant à des besoins spécifiques (ORL, pneumologie, cardiologie avec augmentation d'activité de coronarographies, potentiel de chirurgie ambulatoire).

⁷⁰ Le panorama des établissements de santé ; édition 2011

- [270] Au-delà de l'existence sur un même territoire de plusieurs établissements ayant pour conséquence une éventuelle sur-offre (en lits, en activités ou en prestations comme la PDS), c'est la répartition de leur activité, la qualité des soins prodigués, leur capacité à recruter et leur réputation qui vont les placer en situation de concurrence ou de complémentarité partielle ou globale. La littérature montre que la composition de l'environnement hospitalier d'un établissement et la gamme des activités proposées influe sur ses coûts et ses performances. Une étude du centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé relative à la variabilité interrégionale de la valeur du point ISA concluait, avec prudence en 2005, que « *toutes choses égales par ailleurs, dans les régions où la concentration de l'activité médicale est importante, les coûts unitaires moyens semblent plus faibles. Ce résultat suggérerait, au niveau régional, l'existence d'une masse critique globale.* »⁷¹ L'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé) rappelle quant à lui que dans un environnement concurrentiel, les établissements se différencient par la qualité de l'offre et sont donc poussés à investir, engendrant une augmentation des soins coûteux⁷².

Le CH et la clinique d'Arcachon directement concurrente ont un projet de reconstruction commun sur le même site « le pôle de santé » dans un GCS. 40% des locaux seront communs, des mutualisations seront faites sur les fonctions support mais chaque établissement conserve des activités de médecine et de chirurgie. Selon le CH, il n'y a concurrence que sur quelques activités, chirurgicales notamment.

3.2.1.2. La concurrence exercée à distance

- [271] La renommée d'équipes, la réputation d'un hôpital ou d'une clinique, les habitudes, les relations avec les médecins de ville, et l'accessibilité participent à l'attractivité des établissements. Le rapport « Larcher »⁷³ souligne que la France est le pays au monde où le nombre d'établissements de santé publics et privés rapporté à la population est le plus élevé. Les établissements peuvent subir la situation de concurrence et connaître des fuites d'activité ou au contraire bénéficier d'un positionnement qui leur confère une forte attractivité en situation concurrentielle. Cette situation varie en fonction des activités, les bilans étant souvent contrastés au sein d'un même établissement en fonction de ses points forts et points faibles réels ou supposés au regard d'autres établissements. Certains établissements ont donc globalement des bilans positifs ou négatifs. L'attractivité à distance d'un établissement par rapport à un autre est particulièrement prégnante pour l'activité ambulatoire et l'activité programmée.
- [272] « *Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 17% (soit 35 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi Pyrénées, Poitou Charente et Centre. Ceci s'explique par la forte attractivité des départements de la Haute Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne et du Lot. De la même manière, 10% des personnes hospitalisées en Bourgogne (soit 42 000 personnes) ne résident pas dans cette région (...). Alors que 2,9M des hospitalisations de France métropolitaine et des DOM ont lieu en Ile-de-France, 1,7% des personnes hospitalisées dans cette région viennent de la Picardie (soit 48 000 personnes) et 1,6% de la région Centre (soit 45 000 personnes). Au final, 7,7% des hospitalisations en Ile-de-France sont le fait de personnes n'habitant pas cette région.* »⁷⁴

⁷¹ Caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi niveaux, Monique Kerleau, Marc le Vaillant et Zeynep Or, in dossiers solidarités et santé, DREES, n°2, avril-juin 2005, p47.

⁷² Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France, Zeynep Or, Thomas Renaud, Laure Com-Ruelle, DT n° 25 mai 2009.

⁷³ Rapport de la mission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher, avril 2008

⁷⁴ Le panorama des établissements de santé 2011, p82

[273] Mais les fuites peuvent aussi s'organiser entre départements et territoires de santé d'une même région. Le SROS Poitou-Charentes constate, en sus des fuites extra régionales, « *le parallélisme entre la chute d'activité du CHU de Poitiers et la montée en charge des deux centres les plus récemment ouverts, et tout particulièrement celui d'Angoulême. le recrutement des différents centres correspond en majorité à la population du département dans lequel ils sont implantés.* »⁷⁵

[274] Un bilan sur la définition des territoires de santé⁷⁶ dans le cadre du SROS 2 montrait que si un tiers des régions n'y avait pas porté de modifications, les autres avaient mis au point des méthodes basées sur le flux réels hospitaliers, sur les flux réels hospitaliers articulés avec les zonages en bassins de vie ou zones d'emplois, sur les flux réels hospitaliers et ambulatoires, ou uniquement sur les bassins de vie. Les auteurs concluaient que le zonage était trop souvent articulé autour du plateau technique MCO sans prises en compte suffisante des autres composantes de l'hospitalisation mais également de la médecine de ville, du médico-social et du social et mettaient en garde contre le fait de partir de l'offre existante qui présupposait une « bonne implantation ». La constitution des ARS et la méthodologie de construction des SROS a pour vocation d'éviter ces écueils.

3.2.2. L'obligation de permanence des soins peut peser différemment selon les contextes locaux et la nature du secteur d'aval influencent la performance de l'établissement

[275] Ces deux points seront traités dans le paragraphe consacré aux missions de l'hôpital sur le territoire (cf. partie 4).

3.2.3. Le rôle des ARS demeure ici prépondérant

[276] Les établissements de santé peuvent mobiliser des leviers internes efficaces, y compris dans la définition ou l'inflexion de leur stratégie. Ils peuvent également renforcer des facteurs exogènes favorables ou contrecarrer certains effets des éléments externes négatifs. Cependant, les prérogatives des ARS méritent d'être soulignées (cf. article L1431-2 du CSP).

[277] Le rôle de l'ARS est décisif dans la mesure où c'est elle qui autorise la création et les activités des établissements de santé. Elle répartit les autorisations d'équipements lourds et d'activités particulièrement structurantes comme la réanimation, les unités neuro-vasculaires, la cardiologie interventionnelle, la cancérologie etc. Au-delà de la décision d'autorisation en elle-même, c'est bien de la stratégie de positionnement de l'établissement dont il s'agit. La décision de l'ARS tient compte de la nature même des projets (réponse aux besoins sur le territoire, qualité...), de la capacité des établissements à porter les projets et à emporter la conviction des interlocuteurs. Le rôle des élus peut également entrer en ligne de compte. En tout état de cause, c'est bien l'ARS qui a le dernier mot en matière d'autorisation.

⁷⁵ Schéma régional d'organisation des soins hospitaliers, p69

⁷⁶ Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, M. Coldefy et V. Lucas-Gabrielli, Pratiques et organisation des soins, volume 41, n°1, janvier-mars 20120, p 73-80.

- [278] Le rôle de l'ARS est également majeur dans le domaine des coopérations entre établissements. Ces coopérations sont encore perçues comme des opportunités pour les uns et une « mort prévisible » pour les autres. Certains directeurs d'ARS s'impliquent personnellement dans ces rapprochements, d'autres considèrent qu'ils ne disposent que de marges de manœuvre restreintes en cas de « résistance » des établissements, des directeurs ou des élus, même si le directeur général (DG) de l'ARS a dans les missions la fixation des objectifs des chefs d'établissement. On l'a dit, le rapport de l'IGAS relatif aux fusions et regroupements hospitaliers a identifié comme l'un des leviers de ces opérations l'implication des dirigeants, tant au niveau de l'ARS qu'en interne aux établissements de santé (directoire). La mission a cependant insisté sur le fait que chacun de ces acteurs devait rester dans son rôle. Elle recommande que les ARS investissent totalement leur rôle de régulateur sans se substituer aux gestionnaires et que les procédures de fusion soient davantage professionnalisées et s'appuient sur des outils renforcés d'accompagnement social aux directions d'établissements. En matière de regroupement d'établissement, la clarification des missions et du positionnement de chacun est primordiale et ne paraît pas toujours encore aller de soi. L'ARS a également un rôle important dans la valorisation de l'image des établissements appelés à se reconverter sur un rôle de proximité.
- [279] L'ARS se situe pourtant bien au niveau du pilotage et de la régulation ; c'est elle qui choisit entre différents projets et prend les décisions de répartition d'implantations, notamment parce qu'elle a pour mission de veiller à ce que la répartition de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elle joue également un rôle en aval de ses décisions, puisqu'elle suit et évalue leur mise en œuvre. Elle assure un rôle général d'animateur des acteurs de santé dans la région. S'il revient à l'établissement de se mobiliser pour proposer un certain nombre de projets stratégiques (les meilleurs possibles), son autonomie est relative car il est soumis, in fine, aux décisions stratégiques de l'ARS qui arbitre, au niveau du territoire entre différents projets, différents établissements.

3.3. *Une architecture et une taille adaptées*

3.3.1. **La taille pourrait jouer un rôle dans la bonne santé financière des établissements mais ce phénomène n'est pas démontré**

- [280] La mission a visité des établissements de tailles très variables présentant des résultats financiers plutôt favorables. Au CH d'Arcachon, la petite taille de l'établissement est apparue comme un atout majeur tant pour fluidifier le parcours du patient que pour favoriser la communication et faciliter une participation des acteurs à la prise de décision. A contrario, l'organisation mise en place au CHU de Toulouse, le management favorisant la gestion de projet et le degré de délégation au niveau des pôles sont probablement une réponse stratégique aux difficultés posées par un établissement de très grande taille.
- [281] Le rapport de l'IGAS sur les fusions et rapprochements⁷⁷ a analysé les données disponibles sur la relation entre la taille et la rentabilité économique des établissements publics de santé.
- [282] Il précise que si « *le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au dessus d'un certain volume au demeurant difficile à déterminer* ». Il constate un effet positif des fusions pour les établissements de taille inférieure à 300 lits et des effets négatifs à partir d'un seuil situé entre 600 et 900 lits de court séjour.
- [283] En outre, le rapport note qu'en première approche, à partir de données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), le degré de bonne santé économique des hôpitaux publics semble « *inversement proportionnel à leur taille, tant en niveau absolu qu'en fonction de la proportion d'établissements de la catégorie en déficit et que les établissements les plus en difficultés selon ces 2 critères) sont aussi les plus gros (i.e .les CHR) – même si leur situation s'est améliorée en 2010, au contraire des CH grands et moyens* ».

⁷⁷ Rapport IGAS, 2012

[284] Les auteurs soulignent que ces résultats devaient être pris avec prudence d'une part parce que les données comptables n'étaient pas complètement fiables et surtout parce que la corrélation ne démontre pas l'existence d'un lien de causalité univoque entre la grande taille et la mauvaise santé financière des établissements, d'autres facteurs pouvant être liés à la taille de ces structures (MIGAC, missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation MERRI, différences de case mix notamment) et faire apparaître cette corrélation entre taille et financement.

3.3.2. L'architecture joue un rôle dans le fonctionnement des établissements

[285] Au fil du temps, l'évolution architecturale des hôpitaux tente de mieux prendre en compte la notion de parcours du patient en leur sein.

[286] L'hôpital Lariboisière, réalisé de 1846 à 1854 est considéré comme le premier archétype de l'hôpital pavillonnaire (capacité de plus de 200 lits) et l'hôpital Edouard Herriot à Lyon (capacité initiale de 1800 lits), conçu en 1909 figure parmi les derniers grands hôpitaux pavillonnaires, avec une spécialisation des pavillons⁷⁸. Les hôpitaux pavillonnaires ont pu être décrits comme des ensembles très cohérents, où chaque service de chirurgie disposait de son propre bloc opératoire et parfois même de ses équipements radiologiques.

[287] Les nouvelles tendances à l'humanisation dans les années 1970 ont conduit à édifier des établissements plus petits, à taille humaine, plus facile à gérer, autour de 500 lits comme le précise le guide « Nouvelles organisations et architectures hospitalières⁷⁹ ». Néanmoins, certains soulignaient en 1999 que « l'absence de réflexion institutionnelle, mais aussi intellectuelle, sur l'évolution des sites laisse les concepteurs sans principes quant à l'animation du site et leur donne donc une grande liberté pour effectuer un geste architectural qui aura l'avantage de faire remarquer l'opération des journalistes des revues spécialisées et des jurés des prix d'architecture, qui contribuent fortement à construire les réputations des architectes et des maîtres d'ouvrage⁸⁰ ».

[288] Les hôpitaux situés dans des immeubles de grande hauteur rencontrent également des contraintes d'organisation et de sécurité.

[289] Les établissements qui ont pu bénéficier d'une architecture facilement remaniable avec comme objectif une fluidification du parcours du patient et une maîtrise des dépenses de fonctionnement bénéficient donc d'un atout certain.

[290] On notera enfin qu'il faut soigneusement distinguer la taille de l'hôpital et la taille du bâtiment ou celle du site. Ainsi, un établissement de grande taille pourra-t-il trouver avantage à réduire le nombre de ses sites (suppression des doublons dans les lignes de garde ; proximité des imageries ; suppression de temps de transport intra-hospitalier ; cohésion générale des équipes), ou à redistribuer les activités entre sites, même si ceux-ci sont déjà, eux-mêmes, importants.

⁷⁸ Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France, Bouinot C, Centre de gestion scientifique de l'Ecole des mines de Paris

⁷⁹ Ensemble, modernisons l'hôpital. Nouvelles organisations et architectures hospitalières. Ministère de la santé et des solidarités.

⁸⁰ Architecture contemporaine et patrimoine, Champy F, CNRS, CESTA, Les annales de la recherche urbaine, 1999, n°82

4. LE LIEN ENTRE EQUILIBRE FINANCIER ET « HOPITAUX BIEN GERES » N'EST PAS UNIVOQUE

- [291] L'atteinte de l'équilibre financier est un objet majeur de préoccupation des directeurs d'établissements et des autorités de tutelles. Parmi les façons d'y parvenir, certaines peuvent avoir un impact durable sur la santé de l'établissement. Dans une logique purement comptable, diminuer l'activité et l'accessibilité sur des segments où l'établissement est supposé répondre aux besoins du territoires, diminuer la qualité des prises en charge en réduisant par exemple de façon aveugle les personnels au lit du malade et ne plus faire d'investissements pourraient en effet permettre d'atteindre ce seul objectif, mais dans des conditions inacceptables et dangereuses pour la pérennité de l'établissement.
- [292] Pour retrouver un équilibre financier, la situation est encore plus complexe dès lors que le potentiel de développement n'existe plus (démographie stable ou en régression, offre saturée et travail sur les parts de marché déjà réalisé pour récupérer ce qui était possible comme activité) et que demeure la nécessité de renouveler l'outil de bien public qu'est l'hôpital.

4.1. La maîtrise des dépenses demeure indispensable pour assurer l'autonomie et la capacité d'avenir des établissements

- [293] Le déficit réduit les possibilités d'investissement et donc restreint l'aptitude à porter des projets et donc le futur de l'établissement. Naturellement, il faut entendre par déficit, non le seul résultat financier mais prendre en compte le jeu des provisions et des reprises afin de mesurer l'impact de la gestion annuelle sur l'évolution de la capacité d'autofinancement. Le déficit, ainsi entendu, substitue à la possibilité de financer des projets, la nécessité de revenir à l'équilibre. Alors que l'établissement aurait pu financer des améliorations, étudier de nouvelles perspectives, provisionner en vue d'un investissement futur, il doit consacrer les économies qu'il réalise ou le produit de ses activités nouvelles à la résorption de son manque budgétaire.
- [294] En revanche, l'équilibre financier réduit la dépendance de l'établissement. En cas de déficit important, la dépendance de l'établissement augmente. L'hôpital est contraint de solliciter une aide extérieure, soit auprès d'institutions financières, soit auprès de la tutelle qui impose alors des mesures de redressement que l'établissement doit négocier en position d'infériorité.
- [295] La prolongation de cette situation altère la crédibilité du management et porte atteinte à la confiance que l'établissement a en lui-même. Dans les cas les plus graves, le climat de l'établissement peut s'en trouver détérioré et les fondamentaux de l'hôpital être atteints (une capacité d'autofinancement ne permettant pas de financer les remboursements d'emprunt ; une impossibilité de porter remède à la vétusté de l'immobilier ou à l'obsolescence des équipements etc.).
- [296] Par ailleurs, plus le déficit est profond, plus la remise à niveau risque d'être violente et inadaptée. La remise à niveau, si elle a trop tardé ou si l'excès des charges par rapport aux recettes est très important, peut conduire à des mesures qui laisseront l'établissement exsangue au-delà même du moment où il sera revenu à l'équilibre. La mission a ainsi pu observer qu'un hôpital trop longtemps resté surdoté avait été contraint, faute d'avoir pris de lui-même et en temps voulu les mesures nécessaires, d'exécuter les dispositions d'un CREF lui interdisant de compenser un quelconque départ d'agent pendant plusieurs années. A l'issue du CREF, l'équilibre étant atteint, l'établissement reste insuffisamment pourvu de ressource et la répartition des effectifs ne correspond pas à l'allocation optimum entre les différentes tâches et les différents services. Il ne peut, sans aide ou sans délai, réunir les moyens d'un investissement restructurant pourtant nécessaire, et risque d'être contraint à une solution de « second best ».

[297] Enfin, c'est en prenant en compte le jeu des provisions et des reprises sur provision que le résultat de l'établissement doit être apprécié. C'est l'ensemble de la marge nette qui doit être considéré. Elle-même doit contribuer à augmenter la capacité d'autofinancement nette des remboursements d'emprunts. En effet, ce qui importe, c'est de savoir, non si un résultat autre que négatif peut être affiché, mais, si l'activité de l'établissement lui permet de faire face à de nouveaux investissements ou de se garder des occurrences défavorables, et donc d'être un contributeur essentiel de son propre développement.

4.2. Le bon usage des investissements est un révélateur de la qualité de gestion

[298] L'investissement s'avère être un déterminant fondamental de la gestion hospitalière.

[299] L'investissement est d'abord un outil de transformation de l'hôpital. Il permet d'en assurer la rénovation, la mise aux normes, la réorganisation et le développement. Il dessine durablement l'avenir de l'établissement en termes de ressources humaines, financières et technologiques nécessaires. Sans investissement, l'hôpital est peu à peu envahi par le vieillissement, il peine à prodiguer des soins selon le dernier état de la science et perd en attractivité, tant vis-à-vis des patients que des professionnels de santé.

[300] Pour ces raisons, il est essentiel pour les établissements de conserver, voir d'accroître leur capacité de financement d'investissement.

4.2.1. La variabilité du concept de retour sur investissement selon la nature de celui-ci

[301] Pour autant, chaque type d'investissement ne s'équivaut pas. On distingue généralement les investissements en équipements techniques, en équipements médicaux, en informatique, et en immobilier. Ce dernier peut être distingué entre rénovation et remise aux normes ou prendre un aspect de reconstruction massive accompagnant un regroupement d'établissements ou de plateaux techniques.

[302] Dans le cas des équipements, la notion de retour sur investissement apparaît alors relativement claire en raison d'une durée d'usage limitée à la courte ou moyenne période. Dans un périmètre circonscrit et en connaissance de ses limites, elle peut même constituer un outil de management dans la mesure où elle permet de clarifier les règles de choix entre projets et de gérer « *un portefeuille de projets qui permet des arbitrages* »⁸¹. Le retour sur investissement dans le cas d'un équipement technique se mesurera classiquement par des économies de gestion. Dans le cas de l'imagerie médicale, le retour sur investissement se traduira plutôt par la prise en compte des nouvelles recettes générées par l'équipement.

[303] S'agissant des investissements dans le domaine informatique, ils demeurent très faibles et insuffisamment coordonnés par le niveau national alors même que les études préalables devraient être en partie reproductibles et que le dossier patient informatisé représente un enjeu majeur⁸². Le plan hôpital numérique mis en place par la DGOS a pour ambition de combler ce vide.

⁸¹ in Guide d'évaluation du retour sur investissement v2, aout 2008, GMSIH.

⁸² Voir sur ce point notamment le rapport public de février 2012 de la Cour des comptes et le chapitre relatif à l'informatisation du dossier patient de l'AP-HM, p 900 et suivantes.

- [304] La notion de retour sur investissement peut apparaître parfois quelque peu évanescence ; c'est ce que relève la Cour des comptes dans le chapitre qu'elle a consacré en 2009 à l'examen d'ailleurs très mesuré des résultats du plan Hôpital 2007. Après avoir indiqué que le retour sur investissement n'était pas toujours un indicateur pertinent, elle donnait, de manière judicieuse, l'exemple de la mise aux normes. Il est vrai que l'investissement de mise aux normes accroît mécaniquement les dépenses rejaillissant in fine sur le compte d'exploitation sans augmenter les recettes. Toutefois un investissement de mise aux normes qui ne pourrait être réellement amorti non pas dans un calcul de RSI spécifique mais sur l'ensemble du budget serait bien l'indice qu'il existe un intérêt à examiner une possibilité de transfert à un autre établissement ou de mutualisation.
- [305] Quant aux investissements immobiliers de grande ampleur, ils apparaissent comme les supports incontournables de la recomposition de l'offre de soins. Ce point qui avait été évoqué lors du lancement du plan hôpital 2007, mais probablement insuffisamment retracé par la suite. Pour ces opérations majeures, l'autofinancement, via les dotations globales jadis, la T2A aujourd'hui, ne suffit pas. Cette simple considération aurait dû conduire les autorités régionales et nationales à ne retenir dans le cadre du plan hôpital 2007 qu'un petit nombre d'opérations, justifiées par des objectifs de recomposition de l'offre de soins et très fortement financées. La cour des comptes, dans l'analyse sus mentionnée, retient que les régions qui, telle l'Aquitaine, s'en sont tenues à cette ligne directrice primitivement établie du plan Hôpital 2007, ont pu éviter les inconvénients si souvent cités ailleurs⁸³. Il importe de savoir dans les différents plans d'aide à l'investissement qui doit être retenu comme le bénéficiaire du retour sur investissement de l'hôpital lui-même ou de la collectivité qui le finance. Se référer à des retours sur investissement de pure économie restreint considérablement le champ de l'investissement sélectionnable dont, dans le secteur marchand, le retour est plus largement attendu en terme de recettes. A l'inverse, se référer essentiellement à des recettes supérieures mérite au moins un regard extérieur permettant d'apprécier l'impact médico-économique pour la collectivité et le territoire.
- [306] Mais cette obligation d'attention aux conditions de l'investissement s'adresse d'abord à l'établissement lui-même.

4.2.2. L'investissement doit être justifié en lui-même.

- [307] Ici, la notion de retour sur investissement doit être mieux précisée. Il ne s'agit pas de comparer un présent et un futur qui équivaldrait à la situation présente augmentée de la dépense envisagée. Il faut bien entendu comparer deux futurs possibles, chacun avec sa valeur actuarielle nette, l'un si l'opération se fait, l'autre si elle ne se fait pas. Cela suppose de faire les bonnes hypothèses (il y a donc un caractère hypothétique, en tout état de cause dans la décision) et aussi de s'accorder, si l'opération ne se fait pas, sur la durée d'usage acceptable des biens existants (pratiquement, à quel moment faudra-t-il faire un investissement de simple renouvellement si l'on renonce à l'opération envisagée ?). Autre exemple : faut-il reconstruire à l'identique ? Un établissement psychiatrique ou MCO doit-il reproduire le tracé des précédents ? La reconstruction de l'établissement doit-elle ignorer l'évolution contrastée des disciplines médicales et chirurgicales ? Egalement, une fausse idée d'économie peut conduire à reconstruire chacun de deux établissements qui auraient pu être fusionnés, simplement parce que les dates d'échéance des amortissements, et donc des rénovations ou des reconstructions partielles, sont très différentes.

⁸³cf. : rapport de la Cour des comptes sur l'application des LFSS septembre 2009, chapitre 6 Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements hospitaliers, p 146-148.

- [308] Par ailleurs, on peut supposer que le lancement de plans d'aide à l'investissement, dans leur principe et leurs modalités de mises en œuvre, génère des effets négatifs. Pour le plan Hôpital 2007, les établissements ont dû présenter des projets rapidement et « *les ARH ont disposé de 2 mois pour examiner les projets (...)* »⁸⁴. Eu égard à ces délais, on peut imaginer qu'il a existé des effets d'aubaine consistant à présenter un dossier pour répondre à l'appel d'offre. De la même façon, ce sont les dossiers prêts à telle date qui ont pu concourir et non nécessairement les plus nécessaires aux établissements.
- [309] Enfin, de façon générale, on ne peut méconnaître que des enjeux politiques interagissent dans la distribution des crédits d'investissements et pèsent, notamment pour la localisation des équipements lourds et les investissements immobiliers conséquents. La demande politique peut aller dans le sens d'un hôpital et/ou dans celui d'une agence régionale ou à l'inverse de leurs priorités. Les acteurs locaux ont bien évidemment des marges de manœuvre et des outils pour répondre aux pressions politiques, réduire voir supprimer des dossiers par trop divergents avec les priorités régionales. Pour autant, cette dimension mobilise les acteurs et fait partie du jeu de la distribution de crédits. Ainsi, la mutualisation des potentiels d'investissement dans le cadre de financement raréfiés, pour séduisante qu'elle soit, ne suffirait pas en elle-même à modifier cette situation.
- [310] Très certainement, la France ne dispose pas d'un instrument qui lui permettrait de réguler l'investissement hospitalier en moyenne et longue période. Si celui-ci, comme les autres, doit tenir compte des conjonctures difficiles pour l'économie nationale, il n'en demeure pas moins que beaucoup des problèmes rencontrés proviennent de l'accumulation de retards d'investissement tout au long de plusieurs dizaines d'années qui rendent nécessaires des rattrapages massifs, pouvant éventuellement se heurter à une étroitesse de l'offre.

4.2.3. L'investissement doit être maîtrisé

4.2.3.1. Il doit être dès le départ correctement dimensionné

- [311] A titre d'exemple, dans sa synthèse du bilan du plan Hôpital 2007 réalisée en août 2009, l'ANAP notait que « *80% des établissements sondés déclarent une revalorisation du coût de l'opération chiffrée en moyenne de 20%* » notamment due à « *une sous estimation de la totalité des coûts de l'opération, de l'actualisation du coût à la fin du projet, d'aléas dans la conduite des opérations, et de l'évolution du périmètre de l'opération en cours de plan et/ou du rallongement de planning induit ayant un impact sur l'actualisation du coût des travaux* »⁸⁵. Tout a déjà été dit sur le dimensionnement des halls d'accueil, celui des couloirs, le nombre de salles d'opérations etc. trop élevé. Plus rarement, mais parfois, on observe des cas de sous dimensionnement véritable. Ainsi d'une maternité d'hôpital pivot, reconstruite trop petite et dont l'étroitesse se fait de plus en plus sentir au fil du temps.
- [312] Par ailleurs, dans le cadre d'appels à projets comme dans les plans de financement de l'investissement, compte tenu des délais nécessaires pour monter des projets d'investissements hospitaliers, les projets financés ont souvent été en réalité conçus depuis plusieurs années. L'ANAP évalue en effet, pour les constructions neuves de MCO des EPS, la durée médiane de phase des études à 3 ans et 9 mois dans le cadre de projets en loi MOP (maîtrise d'ouvrage public) et de 1 an et 8 mois en conception réalisation (CR)⁸⁶. Compte tenu de la durée médiane de la phase de travaux, respectivement de 6 ans et 9 mois et 4 ans et 2 mois en cas de loi MOP ou de CR, on comprend mieux les inadéquations avec les besoins lorsque les bâtiments ont été mis en fonctionnement et l'impérieuse nécessité d'évaluer les besoins futurs.

⁸⁴ Cour des comptes déjà cité, p146

⁸⁵ Synthèse du bilan H2007, ANAP préfiguration, août 2009, p 20.

⁸⁶ in Observatoire des coûts de construction, ANAP, juillet 2011, p25.

- [313] Au-delà de la mauvaise évaluation du dimensionnement des projets, non seulement au niveau des locaux nécessaires (qui dépend du management de l'hôpital, de son expertise et de sa capacité à résister aux pressions pour réaliser une juste évaluation des besoins) mais également au niveau des surfaces mêmes qui ont pu conduire à construire de l'ordre de 20% plus grand dans le public que dans le privé⁸⁷, les coûts de fonctionnement (nettoyage, énergie etc.) – majorés par le surdimensionnement des projets – a pu être mal réalisé. A titre d'exemple, l'IGAS notait en janvier 2007 que « *le calcul du retour sur investissement et de l'impact des charges d'investissement sur l'exploitation a rarement été réalisé ex ante, en particulier dans le cadre des opérations sur crédits H 2007* »⁸⁸. Ces coûts pèsent ensuite durablement sur le fonctionnement des établissements (notons que les coûts engendrés par des dépenses de matériels en revanche ne sont pas cités, ce qui laisse penser qu'ils sont correctement évalués).
- [314] Enfin, l'évaluation de la charge représentée par l'investissement sur les finances des établissements est également soumise à des incertitudes. D'une part, si des évaluations médico-économiques des projets sont réalisées, elles le sont sur la base des tarifs (avec des propositions d'abattement) et des mécanismes de T2A connus à un moment donné. En ce qui concerne, Hôpital 2007, on était encore dans le système de la dotation globale et on peut considérer que les questions de l'efficacité étaient moins prégnantes qu'avec la T2A (étaient éligibles les opérations relevant de la « recomposition de l'offre de soins ou [de] la complémentarité ou la mutualisation des ressources entre établissements » mais aussi celles liées à la « mise en œuvre des plans nationaux (cancer, plan périnatalité, urgences) »⁸⁹. Ces modifications des règles du jeu ont pu influencer négativement sur des projets évalués initialement comme équilibrés. Il faut cependant noter que cette gestion sans certitude de moyen terme n'est pas réservée aux dirigeants hospitaliers mais se retrouve au niveau de l'administration centrale. Il est de l'exercice normal du manager hospitalier de piloter en avenir incertain.

4.2.3.2. Les dérapages doivent être évités

- [315] Ceci suppose d'être capable de maîtriser les procédures d'attribution de marché de travaux, de préserver les intérêts des établissements en face d'entreprises le plus souvent mieux pourvues en services contentieux, de suivre l'exécution du marché, fertile en incidents pouvant être requalifiés en plus-value. Un grand nombre d'hôpitaux ne disposent pas des équipes qui leur permettraient de faire face à de tels événements. Pourquoi d'ailleurs entretiendraient-ils des équipes permanentes, pour faire face à des occurrences qui ne se présentent qu'une fois tous les trente ans? La mutualisation paraît ici bien nécessaire.
- [316] Par ailleurs, il n'est pas seulement important de maîtriser l'investissement en train de se faire. Il faut aussi être en mesure de procéder, par la suite, aux modifications nécessaires du bâti sans être dans la dépendance complète du constructeur, ce qui suppose un savoir-faire contractuel véritable. Beaucoup d'établissements désireux de conserver leur maîtrise patrimoniale à terme ont fait preuve de prudence, alors même qu'ils pouvaient être l'objet de pressions en partie dues aux effets de mode. La mission estime que le point de l'utilisation adéquate des partenariats public-privé (PPP) et des baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) qui ont l'avantage de dispenser d'un apport de fonds immédiat, devrait faire l'objet d'une enquête approfondie à lui seul.

⁸⁷ Rapport de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, MEAH, juin 2007, p25 ; la MEAH soulignait à l'époque que ces ratios avaient été établis sur un faible nombre d'opérations et devaient être maniés avec prudence.

⁸⁸ Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre de CREF par des hôpitaux « perdants » à la T2A, IGAS 2007-164, p13.

⁸⁹ Circulaire DHOS/F n°2003-139 du 20 mars 2003 relative au plan d'investissement national Hôpital 2007 »

4.2.4. L'investissement doit être correctement financé

[317] En sus des charges d'exploitation susmentionnées, l'investissement, nouvel amortissement comptable, génère des frais financiers et une augmentation de l'endettement lorsque l'établissement emprunte. Ils peuvent être partiellement couverts par des gains d'efficacité et des augmentations d'activité générées par des locaux neufs. Comme nous l'avons dit, pour les projets les plus conséquents, le retour sur investissement n'est pas nécessairement un critère empreint de certitude. Notons en complément que nombre de projets – sauf reconstruction totale sur un site ad hoc – nécessitent de réduire les capacités des établissements le temps des travaux et ont donc un impact négatif sur l'activité. Celui-ci n'est pas toujours évalué et par conséquent pas toujours compensé.

a) La Cour des comptes a noté parmi les dérives du plan Hôpital 2007 le fait que le montant des investissements avait été augmenté tandis que le montant des aides était resté à son niveau initial. Il s'en est suivi une augmentation des emprunts, sans augmentation de la marge brute, permettant d'en financer la charge. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'investissement à la fois de longue durée d'amortissement et de montant important rapporté au budget de l'établissement, celui-ci ne peut attendre que le retour sur investissement ait produit l'intégralité de ses effets. Et il est nécessaire que le financement lui permette de ne pas compromettre sa trésorerie durant la totalité de la période de remboursement de la partie empruntée. Pour les opérations les plus importantes, la pertinence d'un financement définitif (autofinancement, subvention, dotation) est donc accrue.

[318] Le plan Hôpital 2007 proposait des aides en capital de 1,6 milliards € et 4,4 milliards € d'aides en fonctionnement. Cela a pu, pour certains EPS favoriser une fuite en avant à l'emprunt, car aidé, et pèse durablement sur l'endettement des établissements. L'ANAP, à propos des EPS concluait en 2009 « *le plan H. 2007 a largement contribué à la détérioration de leur situation financière* » en relançant « *les investissements mais également le taux d'endettement et les charges d'amortissement et de frais financiers, en raison d'un mode de financement constitué principalement par de l'emprunt et de l'aide au remboursement d'emprunt* », emprunt aidé alors que les « *établissements privés (...) ont principalement bénéficié d'aides en capital* »⁹⁰. Notons qu'il s'agit de coûts structurels pour l'assurance maladie qui pèseront sur l'ONDAM pendant 20 ans, grevant l'enveloppe dévolue aux tarifs notamment.

[319] Dans le plan Hôpital 2012, la prise en compte des critères d'efficacité (sociaux, sécurité, qualité environnementale, organisationnels et d'amélioration des soins) et de soutenabilité par l'établissement de l'investissement a été présente dès l'origine⁹¹.

b) Le financement par emprunt doit être lui-même de bonne qualité. L'Assemblée nationale a relevé que les établissements hospitaliers avaient souvent fait partie des victimes des emprunts dits toxiques⁹², parfois placés par un organisme maintenant disparu et se prévalant auprès des établissements de son caractère semi-public. La mission a retenu la remarque de bon sens faite par Monsieur Marc Larue, de la chambre régionale des comptes de Provence-Côte d'Azur lors des journées annuelles de l'association des directeurs d'hôpital le 15 mars 2012⁹³: les directeurs d'hôpitaux ne doivent pas être des « hypermanagers » dont on estimerait normal qu'ils soient aussi compétents en connaissance des montages d'emprunts dits structurés. L'organisation de la puissance publique doit offrir aux dirigeants hospitaliers le soutien d'une information critique sur ce sujet.

⁹⁰ Synthèse du bilan H2007 de l'ANAP sus mentionné, p19.

⁹¹ cf. : annexe 3 de la circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan H2012 relative à la méthodologie d'instruction des projets par l'ARH.

⁹² Rapport de l'assemblée nationale n°4030 fait au nom de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux, décembre 2011, p42.

⁹³ cf. : notice APM SNPCF002 du 15 mars 2012

[320] Notons que le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé soumet à l'accord du DG de l'ARS le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente deux indicateurs parmi les trois suivants : un ratio d'indépendance financière supérieur à 50%, une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans et un encours de la dette supérieure à 30%.

[321] La mission a pu observer, parmi les établissements visités, que certains d'entre eux avaient pu ménager une part d'auto-financement suffisante pour que la réalisation de leurs investissements ne mette pas en péril leur équilibre financier.

4.3. L'accomplissement de ses missions sur le territoire s'impose à l'établissement

[322] L'atteinte de l'équilibre financier ne suffit pas si l'établissement ne remplit plus ses missions sur le territoire. Or, l'atteinte de ces missions n'est pas neutre en termes d'équilibre.

[323] Pour mémoire, les missions de l'établissement sont décrites dans le CPOM et peuvent comporter une ou plusieurs des 14 missions de service public mentionnées à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Ces missions comportent un engagement de l'établissement et des obligations définies à l'article L6112-3 du CSP, elles concernent :

- l'égal accès à des soins de qualité ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou institution ;
- la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires pris en charge par l'assurance maladie (1° du I de l'article L162-14-1 du Code de la sécurité sociale (CSS).

[324] La mission s'est donc interrogée sur l'impact de ces trois missions au regard de l'équilibre financier des établissements hospitaliers.

4.3.1. La question de l'égal accès aux soins reste une obligation majeure mais qui doit être bien cernée et spécifiée

[325] C'est en effet une des missions fondamentales de l'hôpital public que de garantir un égal accès à des soins de qualité, cet objectif pouvant se décliner sous deux angles : physique et financier.

4.3.1.1. L'accessibilité physique

[326] Nous avons déjà abordé la question de l'accessibilité géographique au travers des situations géographiques des établissements et de l'étude menée par l'INSEE et la DREES sur les temps d'accès à l'hospitalisation en court séjour.

[327] S'agissant des missions de l'hôpital, il importe de différencier les accès en fonction des spécialités. L'étude précitée montre que la moitié des hospitalisations de court séjour ont lieu à moins de 20 mn du domicile du patient et un quart à plus de 37 mn. Mais pour les parturientes, la moitié d'entre elles accèdent en moins de 17 mn à un établissement, alors que pour les autres spécialités le temps médian est compris entre 18 et 24 mn (jusqu'à 33 minutes pour la neurochirurgie et 55 mn pour les grands brûlés). Là encore, il y a des inégalités entre territoires : le temps médian est supérieur ou égal à 30 mn pour les 16 territoires les plus ruraux (Corse, Deux-Sèvres, Dordogne, Ariège..) et supérieur à 40 mn pour deux d'entre eux (Gers et Alpes de Hautes-Provence). Ces territoires sont d'ailleurs qualifiés « à flux sortants », c'est-à-dire peu autonomes et peu attractifs : les patients se soignent ailleurs. Il apparaît ainsi que l'accessibilité physique est aujourd'hui correctement assurée, à l'exception de quelques territoires.

4.3.1.2. L'accessibilité financière

- [328] On observe des pratiques tarifaires qui tendent à majorer la part du financement assurée par les patients.
- [329] En dehors de l'activité facturable dans le cadre de la T2A, et qui participe du respect de l'ONDAM, les établissements sont amenés à maximiser les recettes autres que celles imputées à l'assurance maladie.
- [330] Les comptes arrêtés pour les hôpitaux au titre de l'exercice 2010 témoignent de cette recherche : la part de l'assurance maladie dans les recettes des hôpitaux (à périmètre constant) a diminué, passant de 80,48% à 79,93% avec une évolution de 2,68% entre 2009 et 2010⁹⁴ légèrement inférieure à celle fixée pour la part de l'ONDAM relative aux établissements de santé.
- [331] Parallèlement, les autres recettes de l'activité hospitalière ont augmenté de 5,97%, leur part passant de 7,2 à 7,4% des recettes : elles sont principalement constituées des suppléments pour chambres particulières, des forfaits hospitaliers et du ticket modérateur. Dans la mesure où il n'existe plus de véritable contrôle de cohérence avec les prix de journée de référence qui servent à calculer le ticket modérateur, les établissements ont tendance à faire évoluer à la hausse les prix de journées. Le projet de réforme prévu dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A devrait conduire à retenir, pour les établissements anciennement sous dotation globale, les tarifs nationaux de prestation à la place des tarifs journaliers de prestation (TJP) pour le calcul du ticket modérateur, pour les prises en charge hors assurance maladie dont l'aide médicale d'Etat (AME) comme c'est déjà le cas pour les établissements ex OQN (objectif national quantifié). Cette réforme devrait limiter les inégalités de reste à charge pour les patients. A Podeur⁹⁵, alors directrice de la DGOS, avait précisé que l'application de cette réforme sur les seuls GHS ou les consultations causerait un manque à gagner, pour les établissements MCO, de 981 millions d'euros, soit 2% de leurs recettes.
- [332] D'après notre enquête, le TJP de médecine a augmenté de 10,6% entre 2008 et 2009 passant en moyenne de 742 à 821€; le TJP de chirurgie a augmenté de 10,7% passant en moyenne de 1001€ à 1108€; le TJP d'obstétrique a augmenté de 16,6% passant en moyenne de 862 à 1005€
- [333] Les établissements rencontrés ont également indiqué qu'ils n'hésitaient plus à facturer des suppléments « chambre particulière », dès lors que les patients avaient une mutuelle qui prenait en charge ces surcoûts. L'enjeu n'est pas négligeable (1,5% des recettes au CHU de Brest) lorsqu'on le compare au déficit global des hôpitaux (1,06% des budgets en 2010). Par ailleurs, le développement des chambres particulières est souvent lié aux opérations de modernisation des établissements et le supplément participe du retour sur investissement.
- [334] Notre enquête a montré que 32% des établissements facturent les chambres particulières même quand ce n'est pas une demande du patient (hors nécessité médicale). Cette pratique, très répandue dans le secteur commercial, n'est pas sans interroger un certain nombre d'acteurs qui soulignent une possible contradiction avec les valeurs du service public.

4.3.2. Une permanence de l'accueil et de la prise en charge qui peut s'avérer coûteuse pour les établissements.

- [335] La permanence des soins est une des missions premières de l'hôpital public : son contenu peut être variable selon le rôle de l'établissement dans le schéma de gradation des soins. Cette mission peut être également partagée avec des établissements privés.

⁹⁴Note d'analyse de la situation financière fin 2010 des établissements de santé antérieurement sous dotation globale hors AP-HP (source ATIH)

⁹⁵Financement des établissements de santé, Audition MECSS Sénat, 7 février 2012

- [336] Lorsque l'établissement joue un rôle de proximité, sa contribution à la permanence des soins peut être modeste et sera fonction des disciplines présentes en son sein (généralement de la médecine). S'il comporte un service d'urgences, il doit assurer son fonctionnement en continu, avec au minimum une ligne de garde ainsi que le plateau technique minimal (imagerie et biologie), qui permettra une orientation adaptée aux besoins du patient et son éventuel transfert. Dans un contexte de tension démographique, ce fonctionnement peut s'avérer déficitaire si l'établissement doit faire appel à des vacataires et assurer un nombre important de transferts. La réponse la plus adaptée à ce cas de figure réside dans la qualité de la régulation en amont (qui a pour objectif de limiter les transferts), dans la mise en réseau de l'imagerie permettant des transferts d'images et un regroupement à l'échelle du territoire des radiologues de garde.
- [337] Lorsque l'établissement est qualifié d'établissement de recours, le nombre de lignes de garde ou d'astreintes est plus important car il concerne plus de spécialités ; le dispositif de permanence des soins pèse à double titre sur l'équilibre financier de l'établissement, d'une part du fait du financement de la garde, d'autre part du fait de l'impact du temps de récupération sur l'activité diurne et notamment sur l'activité programmée, particulièrement en chirurgie. La diminution des financements liés à la permanence des soins, la raréfaction des ressources médicales dans certaines disciplines et la nécessité de constituer des équipes de taille suffisante conduisent les établissements à réexaminer les dispositifs en place et à mettre en regard l'activité réalisée sur les périodes de permanence des soins. Seule la collaboration entre établissements sur un territoire peut permettre d'éviter des doublons inutiles.
- [338] L'impact d'un tel réexamen en termes de revenus pour les praticiens hospitaliers constitue par contre un facteur de crispation et doit être resitué dans le contexte de la stratégie globale de l'établissement.

4.4. Préserver la qualité constitue une priorité

- [339] Enfin, l'équilibre financier de l'établissement pourrait être obtenu au détriment de la qualité des prises en charge.

4.4.1. La pertinence des prises en charge et des actes constitue un préalable indispensable

- [340] Le développement de prises en charge non pertinentes constitue une toute première source de non-qualité. Certaines prises en charge réalisées actuellement à l'hôpital pourraient probablement l'être en ville si l'offre de soins proposait toutes les solutions que l'on peut trouver dans les autres pays.

[341] Ce sujet très important est simplement cité ici, la mission n'ayant pas pour objet de le traiter.

4.4.2. La certification constitue un atout mais reste encore trop axée sur le contrôle de conformité et sur les procédures

- [342] Les versions 1 et 2 de la certification ont eu un impact indéniable sur le développement de la démarche qualité et de la sécurité des établissements de santé. Le bilan de ces deux premières versions a été l'occasion de réaliser une enquête auprès des professionnels de santé⁹⁶. Ceux-ci exprimaient globalement un sentiment d'évolution positive entre la première et la deuxième version de la certification. Les critiques portaient sur la rigidité du cadre, le caractère chronophage de la procédure, la faible place dédiée aux pratiques médicales et l'approche scolaire de la démarche, source de stress et de démotivation.

⁹⁶ Rencontres HAS 2007, certification des établissements de santé à l'horizon 2010, quelles attentes, quelles perspectives ?

- [343] Le passage à la version 2010 de la certification a été notamment l'occasion de simplifier la procédure d'évaluation jugée trop lourde, de mettre l'accent sur des « Pratiques exigibles prioritaires (PEP) » et d'introduire des indicateurs de qualité. Un bilan des 100 premiers dossiers de certification en V 2010 montrait une montée de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et des revues de morbi-mortalités (RMM)⁹⁷.
- [344] Lors des visites sur sites, les échanges avec les praticiens ont montré que la certification intervenait encore comme une étape clé à franchir, qui mobilisait les ressources dans cet objectif de certification conduisant parfois à suspendre des démarches qualité en cours, ce qui peut apparaître contre productif.
- [345] En outre, la démarche reste fortement axée sur les procédures à suivre, jugée par certains praticiens et soignants comme fortement consommatrice de temps médical et soignant, au détriment du temps consacré directement au patient. Pour autant, elle a fortement contribué au renforcement de la gestion des risques au sein des établissements.
- [346] Consciente de l'abord encore très procédural de la certification, la HAS a conduit une réflexion interne sur les évolutions à mettre en œuvre dont une partie a été présentée lors des rencontres de la HAS de novembre 2011. Ces évolutions portaient sur les axes suivants : renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques, faire de la certification un outil de management, rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité, mieux articuler la démarche qualité avec l'organisation du travail⁹⁸. Un entretien de la mission avec la HAS a permis de les préciser davantage :
- « *Les orientations stratégiques en concertation à l'heure actuelle sont :*
- *renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques ;*
 - *renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité ;*
 - *rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements ;*
 - *poursuivre le développement des approches centrées sur le patient ;*
 - *valoriser les établissements dans le cadre de la certification. »*
- [347] Ces orientations ne devraient pas remettre en cause la structure du manuel de certification afin de permettre une relative stabilité pour les utilisateurs. La HAS devrait également aller dans le sens d'une certaine flexibilité. Elle précise qu'« *à partir de 2014, les méthodes de visite seront révisées avec notamment une personnalisation en fonction des risques spécifiques des établissements et l'introduction de la méthode du patient traceur qui permettra d'évaluer avec les équipes la qualité concrète des prises en charge* ».
- [348] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a conféré à la HAS le rôle de coordination de la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants

⁹⁷ Retour d'expérience sur la certification V 2010, HAS, S. Cohen-Hygounenc, Journées internationales de la qualité hospitalière et de la santé, novembre 2010

⁹⁸ Rencontre HAS sur la qualité, 17 et 18 novembre 2011

4.4.3. Les coûts de la non-qualité constituent un gisement à exploiter

- [349] Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a réalisé en 2004 à la demande de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) une actualisation d'un premier rapport consacré aux coûts de la qualité et de la non-qualité dans les établissements de santé⁹⁹. Le rapport notait le peu d'informations sur les coûts d'investissements dans la qualité et « *le retour sur investissement positif retrouvé dans les études étrangères pour les chemins cliniques, les programmes d'amélioration continue de la qualité et les mesures de prévention des infections nosocomiales* ». Plusieurs de ces points ont été abordés dans le présent rapport.
- [350] Par ailleurs, l'IRDES a récemment publié une étude sur les surcoûts des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital¹⁰⁰. Les auteurs retiennent en amont neuf indicateurs de sécurité des patients permettant d'identifier les événements indésirables nécessitant une attention particulière. Il s'agit des indicateurs suivant : « *escarres de décubitus ; corps étranger oublié pendant une procédure de soins ; infection liée aux soins médicaux (infection sur cathéter vasculaire) ; désordre physiologique et métabolique post opératoire ; embolie pulmonaire et thrombose veineuse post opératoire ; septicémie post opératoire ; difficulté technique lors d'une procédure de soins – lacération ou piqure accidentelle au cours d'un soins ; traumatisme obstétrical du vagin lors d'un accouchement par voie naturelle – sans instrument ; traumatisme obstétrical du vagin lors d'un accouchement par voie naturelle – avec instrument* ».
- [351] Ces indicateurs visent à identifier des événements indésirables évitables. Les coûts de prise en charge de ces événements indésirables ont été mesurés à partir de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) 2007 et du PMSI-MCO. Ces neuf indicateurs font partie des treize indicateurs du projet CLARTE, les trop faibles effectifs identifiés dans l'ENCC n'avaient pas permis de retenir les quatre autres indicateurs (*complications d'anesthésie ; réaction à la transfusion ; traumatisme du nouveau-né ; traumatisme obstétrical lors d'un accouchement par césarienne*).
- [352] L'étude montre que 0,5% des séjours hospitaliers sont associés à l'un ou l'autre de ces événements indésirables et qu'il existe de fortes disparités de surcoûts selon les événements indésirables. Les auteurs notent que les surcoûts dus aux événements indésirables sont corrélés avec la durée des séjours et l'intensité des soins. Pour l'année 2007, le surcoût est estimé à près de 700 millions d'euros pour ces neuf événements indésirables et quatre événements indésirables représentent plus de 90% du surcoût total : désordres physiologiques et métaboliques post opératoires, septicémies post opératoires, escarres et embolies pulmonaires post opératoires.
- [353] La prévention de ces événements indésirables va dans le sens d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients et d'une maîtrise des dépenses en établissement de santé, ce qui en fait un objectif particulièrement mobilisateur pour les acteurs hospitaliers.

⁹⁹ Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions, CCECQA, ANAES, 2004

¹⁰⁰ Surcoûts des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Nestrigue C., Or Z., IRDES, Questions d'économie de la santé, n°171, décembre 2011

[354] Pour autant, les liens entre coûts et qualité ne sont pas univoques. Une étude parue dans l'European journal of health economics de décembre 2011¹⁰¹ visait à évaluer les liens entre coûts et qualité et à étudier comment l'évaluation conjointe des coûts et de la qualité affectait le classement des hôpitaux danois par rapport à un classement basé uniquement sur les coûts. Les auteurs notent l'intérêt croissant de nombreux pays pour le benchmark des coûts relatifs entre hôpitaux et précisent que, dans la plupart des cas, la qualité n'est pas prise en compte pour mesurer l'efficacité ou la productivité. Dans leur étude, tirée des données de 3 754 patients pris en charge dans des départements de vasculaire, ils considèrent deux types de mesure de la qualité décrite selon deux modalités : la mortalité d'une part et les complications pariétales d'autre part. Dans cette étude, les associations entre coûts et qualité diffèrent selon la manière dont la qualité est mesurée : de faibles coûts sont associés avec une mortalité plus élevée ; a contrario, il ne semble pas exister d'association entre coûts et complications pariétales. Les auteurs concluent que le classement des établissements serait considérablement modifié si la qualité était prise en compte.

4.4.4. Il apparaît indispensable d'accorder une même importance aux rapports sur la qualité et aux rapports financiers

[355] Au Royaume-Uni, ainsi que le précise le rapport de l'IGAS¹⁰² sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge hospitalières, « le niveau de qualité des établissements de santé est annuellement coté en quatre niveaux, par la Care Quality Commission (CQC), à partir d'une procédure qui combine, d'une part une appréciation du respect de "standards" en matière de qualité, d'autre part la position de l'établissement au regard d'indicateurs de process et de résultats ». Il s'agit d'un régulateur indépendant. Le rapport souligne que la CQC, dont le rôle est également d'inspecter et de contrôler les établissements, produit chaque année un document qui porte une appréciation synthétique sur la gestion financière et sur la qualité des services fournis pour toutes les institutions du National Health Service (NHS), dont les hôpitaux de soins aigus.

[356] Par ailleurs, en 2003 un contrôle par les usagers a été mis en place par le biais du *Patient and Public Involvement Forum* dont la mission était d'évaluer la performance de l'établissement, sans possibilité de sanction ou pouvoir de décision. Ces forums sont remplacés depuis 2008 par les *Local Involvement Networks (LINKs)* qui gardent le même type de pouvoir.

[357] Des « comptes de qualité » (quality account) en vigueur depuis trois ans visent à replacer sur un plan équivalent les rapports relatifs à la qualité et les rapports financiers. Ces « comptes de qualité » offrent une certaine flexibilité quant à leur contenu ce qui permet aux acteurs de s'approprier les « comptes de qualité » en définissant des priorités propres à l'établissement. En 2012, un courrier du ministère de la santé du Royaume-Uni aux professionnels de santé a annoncé des changements sur le contenu des « comptes de qualité » avec notamment la publication obligatoire d'un petit nombre d'indicateurs¹⁰³ et leur comparaison avec une moyenne nationale. La notion de benchmarking a donc été renforcée même si une certaine flexibilité demeure.

[358] En France, certains indicateurs qualité doivent être obligatoirement publiés mais ce sont surtout des indicateurs de moyens et de procédures.

[359] La mission souligne que le contexte de maîtrise des dépenses de santé impose que les décideurs et en particulier les ARS disposent d'éléments sur la qualité de prise en charge des établissements intégrant des indicateurs de résultats. En l'absence d'une vision portant à la fois sur les résultats financiers et la qualité de prise en charge des malades, le risque est celui d'une dégradation de la qualité sous la pression financière.

¹⁰¹ Exploring the relationship between costs and quality : Does the joint evaluation of costs and quality alter the ranking of Danish hospital departments ? Hvnegaard A., Arendt J.N., Street A., Gyrd-Hansen D., The European journal of health economics, Vol 12 N°6, December 2011

¹⁰² L'information des usagers sur la qualité des prises en charge hospitalières, IGAS, P-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez, juin 2010

¹⁰³ Lettre du ministère de la santé aux professionnels de santé, février 2012

4.5. Adaptation et anticipation supposent une vision prospective

[360] Nous avons insisté sur la nécessité de ne pas faire de l'équilibre financier le seul critère de bonne gestion, de s'assurer que l'établissement adapte ses investissements, remplisse ses missions sur le territoire et préserve la qualité de prise en charge des patients. Par ailleurs, le jugement porté sur la stratégie d'un établissement à un moment donné ne peut être statique et doit intégrer les évolutions du système de santé susceptibles d'impacter le devenir de l'hôpital et d'affecter les stratégies d'atteinte de l'équilibre. Leur survenue potentielle suppose des capacités d'anticipation et de réactivité de l'hôpital.

4.5.1. Vieillesse de la population et augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques

[361] La DREES a réalisé une étude relative à l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030¹⁰⁴. Elle conclut que l'augmentation de la population âgée n'aboutira pas obligatoirement à une explosion du recours aux soins hospitaliers en MCO et que les patients âgés les plus fragiles nécessiteront cependant toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. En fonction des trois scénarios qu'elle décrit, elle envisage cependant de façon différente la répartition des recours à l'hospitalisation complète et aux alternatives à l'hospitalisation.

[362] Le rapport 2011 de la DREES sur l'état de santé de la population¹⁰⁵ souligne que l'allongement de la vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques. Ces maladies chroniques représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2008 et ces ALD ont augmenté d'environ 40 % depuis 2000. Les auteurs identifient plusieurs facteurs explicatifs, variables selon les pathologies : « augmentation de nouveaux cas (caractère épidémiologique ou dépistage plus performant), augmentation de la propension à demander l'ALD, impact des modifications réglementaires ou des critères d'admission dans la définition des ALD (par exemple, abaissement du seuil du taux de glycémie définissant le diabète), impact du vieillissement de la population ».

[363] L'évolution du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et des modalités de leur prise en charge constitue un enjeu fort susceptible de changer le rôle de l'hôpital. Le plan sur la qualité de vie et la prise en charge des malades chroniques¹⁰⁶ met notamment l'accent sur l'éducation thérapeutique et la loi HPST insiste sur l'importance de cette composante. Les expériences des autres pays dans la prise en charge des malades chroniques donnent une illustration non limitative du type d'organisations possibles à mettre en place pour permettre la prise en charge de ces malades. Le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP)¹⁰⁷ cite le Royaume-Uni où a été mise en place une politique visant à diminuer les hospitalisations en faveur de soins de proximité visant notamment à accroître l'autonomie des personnes malades (self-care). Des « community matrons » ont également été recrutées afin d'améliorer la gestion de cas complexes.

[364] L'évolution des taux d'hospitalisation sera donc largement dépendante des nouvelles organisations qui pourraient être mises en place en ville pour prendre en charge ces patients et notamment des nouveaux rôles que pourraient jouer les professionnels paramédicaux.

¹⁰⁴ Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, Dossiers Solidarités et santé, Vol n°4, 2008, DREES

¹⁰⁵ L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, rapport 2011, DREES

¹⁰⁶ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, Livre des plans nationaux de santé publique, édition 2011

¹⁰⁷ La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, HCSP, novembre 2009

4.5.2. Innovation et progrès médical

- [365] L'innovation et le progrès médical jouent un rôle majeur dans l'évolution des dépenses de santé et influencent la nature même des prises en charge. B. Dormont lors d'une conférence au collège de France¹⁰⁸ soulignait que c'est surtout l'évolution des dépenses individuelles de santé qui conduit à une croissance des dépenses de santé car les évolutions de dépenses liées à la structure d'âge de la population sont beaucoup plus lentes. A partir d'une étude économétrique, les composantes du déplacement vers le haut des profils de dépenses par âge avaient été analysées : +58% étaient dus aux changements de pratiques, -10% aux changements de morbidité. Les changements de pratiques impliqués étaient surtout liés aux médicaments. L'apport de la génétique et des biotechnologies pourraient contribuer à modifier le panorama de l'offre et des besoins. Les applications informatiques sont amenées à se développer et notamment la télémédecine, ce qui peut conduire à des modèles organisationnels différents.
- [366] En outre, l'évolution des techniques médicales peut conduire à des substitutions progressives de traitement qui méritent d'être anticipées afin de permettre un dimensionnement adapté aux besoins. A titre d'illustration, le rapport IGAS sur la chirurgie cardiaque¹⁰⁹ notait que l'évolution des techniques se traduit en matière de cardiologie non médicale par un développement croissant de la cardiologie interventionnelle. Il citait l'évolution des actes de chirurgie cardiaque (-13% entre 2002 et 2010), l'évolution du nombre des séjours pour chirurgie coronaire (-25% entre 2002 et 2010) et l'évolution des séjours pour actes de cardiologie interventionnelle (+50% entre 2002 et 2010). D'autres évolutions ont pu voir le jour et sont encore amenées à se développer qu'il s'agisse par exemple des liens entre gastroentérologie et chirurgie digestive ou des innovations en neurologie.
- [367] L'hôpital est donc amené à anticiper ces innovations et à montrer une certaine flexibilité pourtant difficile à obtenir alors que de nombreuses années s'écoulent entre la prévision d'un projet et sa réalisation effective et que l'activité économique de l'hôpital repose sur des investissements lourds et coûteux dont la durée d'usage peut être soit relativement courte, soit au contraire très longue.

4.5.3. Une meilleure prise en compte des attentes des patients

- [368] La meilleure prise en compte des attentes des patients constitue une tendance qui devrait aller en s'accroissant.
- [369] Presque tous les établissements rencontrés lors de notre mission mettent en avant l'objectif d'une organisation centrée autour du patient ; comme il a été indiqué, nous avons rencontré leurs représentants qui prennent leur rôle très au sérieux dans le cadre des diverses instances de l'hôpital. Certains étaient des soignants à la retraite, d'autres des représentants d'associations de patients atteints de maladies chroniques.
- [370] La cinquième édition du baromètre « Les Français et l'hôpital public¹¹⁰ » montre que 85% des Français ont une bonne ou très bonne opinion de l'hôpital public, appréciation en hausse par rapport à 2008 et 2010, surtout pour ceux ayant fréquenté l'hôpital (taux en hausse de 3 points par rapport à 2010). Malgré une amélioration, la critique reste cependant sévère sur l'évolution de l'hôpital (55% d'insatisfaits) : 73% jugent insuffisants les moyens humains et techniques (contre 85% en 2006).

¹⁰⁸ Vieillesse et dépenses de santé. Dormont B, Conférence au collège de France, octobre 2010

¹⁰⁹ Rapport sur la chirurgie cardiaque à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Legrand P., Picard S., IGAS, octobre 2011

¹¹⁰ Sondage réalisé entre le 24 et 27 février 2012 sur un échantillon représentatif de 1006 personnes de 18 ans et plus, dont 73% avaient fréquenté un hôpital public au cours des 12 derniers mois.

- [371] Pourtant, comme le souligne le rapport sur « les nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé », dans l'ensemble, la recherche de l'efficacité des structures hospitalières, la volonté de réduire les durées d'hospitalisations, le transfert sur l'ambulatoire de certains actes, la nécessité pour les établissements de se réformer sont compris, mais une condition est posée : « une telle mutation se doit de respecter certains principes au risque de verser dans des dispositifs inconciliables avec les valeurs constitutives de notre système de santé »¹¹¹. Une attention toute particulière doit être accordée, de leur point de vue, à la question de l'activité libérale à l'hôpital, et ils souhaitent continuer à s'impliquer dans la commission de l'activité libérale pour s'assurer que les dépassements d'honoraires ou les conditions de rendez-vous respectent bien le principe de « tact et mesure ».
- [372] Enfin, une des attentes très forte des patients concerne leur propre place dans leur prise en charge : patient-acteur, grâce à l'éducation thérapeutique, usager-citoyen participant « au développement d'une démocratie sanitaire effective et efficace »¹¹², mais aussi personne privée dont l'intimité et l'autonomie de décision doit être respectée, notamment lorsqu'il s'agit de déployer les nouvelles technologies.
- [373] C'est dans le cadre d'une culture partagée de la santé développant le « souci de soi », que l'hôpital peut s'appuyer sur cette implication grandissante des patients, tout en étant attentif à leurs préoccupations quotidiennes.

4.5.4. Une évolution du rôle social de l'hôpital

- [374] Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu un avis sur les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier¹¹³. S'il souligne que la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique, il rappelle notamment que l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale et précise qu'il faut définir des critères de choix acceptables à la fois par la société et par les malades, et ces critères ne peuvent prendre en compte la seule « rentabilité ».
- [375] Le rapport de la mission « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » souligne également combien « *les questions sociales sont de plus en plus prégnantes dans la sphère du soin qui apparaît comme le dernier recours de solidarités qui font défaut au plan général de la vie sociale* »¹¹⁴.
- [376] La lutte contre l'exclusion sociale fait partie d'une des missions de service public qui peut être confiée à l'hôpital (cf. article L6112-1 du CSP). Nous avons déjà abordé cette question dans l'accessibilité financière (cf. paragraphe 4.3.1). Cependant, même si l'hôpital doit s'organiser pour bien accueillir les personnes en situation de précarité, et améliorer leur accès aux soins, on aurait tort de considérer qu'il ne s'agit que de dispositifs à mettre en place. En outre, ce champ doit être investi par d'autres acteurs de proximité, les inégalités sociales de santé étant aussi liées « à des facteurs structurels relevant pour l'essentiel d'autres secteurs que le secteur sanitaire »¹¹⁵

¹¹¹ Rapport de la mission « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » présenté par Nicolas Brun, Emmanuel Hirsch, Joëlle Kivits – janvier 2011

¹¹² Idem p.25

¹¹³ Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, avis n° 101 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, juin 2007

¹¹⁴ Rapport de la mission « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » présenté par Nicolas Brun, Emmanuel Hirsch, Joëlle Kivits – janvier 2011

¹¹⁵ L'état de santé de la population en France – rapport 2011 p.26

[377] Le rôle social de l'hôpital relève d'un état d'esprit lié aux valeurs fondamentales de l'hôpital, et nous avons pu constater dans les établissements visités que cette attention au domaine social était très présente, malgré les contraintes financières. La notion de précarité y est d'ailleurs entendue dans une acception plus large de celle de vulnérabilité. Cette définition concerne non seulement les personnes en précarité sociale, mais aussi la protection des majeurs, les personnes âgées et les personnes handicapées notamment.

[378] Le rôle du service social et la place qu'il occupe dans l'organisation hospitalière sont déterminants. Cette dimension sociale est une dimension à part entière du bon fonctionnement de l'hôpital car elle renvoie aux valeurs de bienveillance et de sollicitude. Il serait dangereux et inefficace d'opposer ce rôle social à celui du soin, au nom de la performance, car il est partie intégrante du bon déroulé de l'hospitalisation, non seulement pour le patient, mais également pour les professionnels soignants et la satisfaction qu'ils tirent de leur travail. Sur le terrain, cette préoccupation n'est pas seulement l'affaire des assistantes sociales, mais leur proximité, leur réactivité et leur participation aux réunions de service, comme au CH d'Arcachon où la « fiche bilan social » est partie intégrante du dossier infirmier, est considérée comme un élément facilitant. Elle peut se traduire par de multiples projets.

La « halte canine » pour laquelle le CHU de Brest a obtenu le prix « droit des patients » en est une illustration. En s'appuyant sur des familles d'accueil pour les animaux domestiques, elle permet d'engager un vrai projet thérapeutique pour des personnes isolées très attachées à leur animal de compagnie, qui sans cette aide auraient renoncé aux soins.

Plus généralement, au CHU de Brest, les problématiques sociales ont été *institutionnalisées* : elles sont intégrées à l'approche stratégique de l'établissement et au projet médical ; la responsable est une cadre supérieure et les sujets sociaux font régulièrement l'objet de présentation aux instances. L'établissement a par exemple mis en place des procédures sur l'accès à la protection sociale (de manière à anticiper les problèmes de prise en charge) et la protection des majeurs (à l'attention des familles). Il accorde une grande attention à la vulnérabilité des personnes avec notamment la participation au programme HELP (Hospital Elder Life Program) pour prévenir l'aggravation de la désorientation chez les personnes âgées et la location de trois logements pour faciliter l'accès au logement de personnes fragiles psychologiquement.

La coopération sur l'ensemble du territoire est également fortement institutionnalisée avec l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées, la Permanence d'accès aux soins (PASS), la protection de l'enfance et celle des majeurs, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) etc. Un staff mensuel a lieu avec le « point H », centre de santé installé en centre-ville, où l'établissement assure la prise en charge de l'odontologie.

4.5.5. La prise en compte de la dimension européenne

[379] La mission n'a pas développé l'ensemble du contexte européen qui n'est pourtant pas sans impacter, l'avenir de l'hôpital, notamment par tout le champ des transpositions de directives.

[380] Parmi ces directives, certaines sont d'ordre technique, et comportent des contraintes que les établissements doivent intégrer au quotidien, mais d'autres textes ont des conséquences plus structurelles à long terme pour les hôpitaux publics qui méritent d'être rapidement évoqués. Il s'agit notamment de l'obligation de contractualisation liée aux règles relatives à la concurrence et de la directive les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

- [381] La première fait obligation aux ARS de respecter, pour toute délégation de crédits, les règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter une distorsion de concurrence. Il s'agit là d'un sujet de contentieux potentiellement inépuisable. Sont concernées notamment les dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG), l'aide à la contractualisation (AC) ainsi que les crédits issus du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), du fonds d'intervention régional (FIR) mais aussi de la DAF. De fait, la rédaction des CPOM, mais aussi, par voie de conséquence, celle des projets d'établissement, devra mettre en évidence les critères qui auront permis de sélectionner l'établissement attributaire. Cette délégation doit être justifiée par des contreparties - objectifs ou engagements- figurant dans les CPOM et éventuellement vérifiables par la juridiction européenne. Bien entendu, comme cela a été rappelé dans le paragraphe 1.1.2, cette délégation de crédits doit préciser les paramètres sur la base desquels la compensation est définie et ne doit pas aboutir à une surcompensation.
- [382] Tout comme les ARS, les établissements doivent être très conscients des risques encourus dans ce domaine, en application de la jurisprudence européenne¹¹⁶.
- [383] La directive du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a un objectif plus large que ne le laisse à penser son intitulé : elle ne concerne pas que les habitants des zones frontalières, mais bien l'ensemble des Européens en application de la liberté de circulation. Elle assortit cette liberté de garanties de qualité et de sécurité et d'obligation d'information concernant le remboursement des soins. Elle prévoit l'instauration d'un cadre général pour promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les Etats membres. Sont exclus de cette directive les soins de longue de durée et les transplantations d'organes, eu égard aux dérives que ce texte pouvait engendrer.
- [384] En instaurant un véritable marché européen du soin, dès lors que les règles de remboursement le rendraient possible (notamment dans le cadre d'appels d'offres opérés par les financeurs), cette directive est susceptible d'induire des phénomènes de spécialisation et de compétition de certains offreurs de soins, à l'instar de ce qui se pratique déjà dans le domaine des soins dentaires. Cette spécialisation pourrait avoir des conséquences, tant sur le panel d'activités des établissements, que sur leur capacité à rester attractifs pour le recrutement médical, d'autant que la directive concerne très directement les prestations liées à la télémédecine. En matière de coopération, avec la notion de réseaux de référence, elle favorise par contre la mobilité de l'expertise en Europe et l'accès à des soins hautement spécialisés pour les maladies rares par exemple. Il s'agit là de menaces, voire d'opportunités, à plus ou moins long terme, sur lesquels les établissements doivent, en tous cas, rester vigilants et qui méritent d'être intégrées à leur réflexion stratégique. Par contre, la prise en compte, dans la problématique des établissements, du respect des garanties de sécurité et de qualité des soins et de protection des données personnelles, prévues par la directive est à entreprendre sans délai, la transposition devant être effective d'ici fin 2013.

¹¹⁶ Jugement rendu le 24 juillet 2004 dans l'affaire ALTMARK - 280/00 et exigeant l'existence d'un contrat dans le cadre de l'attribution d'une aide de l'Etat à tout opérateur délégataire d'un service d'intérêt économique général (SIEG)

CONCLUSION

- [385] Au terme de cette évaluation, nous avons pu recenser de nombreux déterminants de gestion, tant exogènes qu'internes, mobilisables par l'établissement. Les déterminants exogènes évoqués dans ce rapport, comme la démographie et l'attractivité du territoire, la nature de la concurrence en matière d'offre de soins ou la capacité à recruter un corps médical en phase avec les besoins, ont tous en commun d'influer de manière positive sur le niveau d'activité de l'établissement et sur son potentiel de développement. A contrario, les mêmes déterminants peuvent constituer des handicaps difficiles à surmonter.
- [386] L'établissement est sans doute aussi le produit de son histoire. Celle-ci peut avoir été marquée par des investissements surdimensionnés ou des projets ayant inconsidérément préjugé de l'aptitude à reconquérir des parts de marché sur d'autres établissements publics et privés. Elle peut également être caractérisée par une tradition d'absence de gestion en longue durée des personnels, se traduisant par des sureffectifs permanents ou une mauvaise répartition des personnels entre les différentes tâches. Sans doute, l'établissement en tant que communauté, a-t-il pu dans le passé faire lui-même ce choix plus ou moins explicite, mais, la continuité d'une telle inadaptation peut constituer un héritage lourd à surmonter pour le nouveau gestionnaire.
- [387] Cette difficulté peut se trouver amplifiée ou consolidée lorsque la position des élus contrarie les possibilités d'évolution de l'établissement. Ce peut, par exemple, être la volonté de maintenir une implantation en centre-ville, même dans des conditions d'exploitation difficile, interdisant un regroupement sur site, pourtant de nature à réduire le doublement des lignes de garde, à accroître les possibilités de mutualisation ou encore de renforcer la cohésion d'ensemble des équipes et de la communauté hospitalière. Ou encore, cela peut être le refus d'abandonner telle activité jugée plus prestigieuse ou plus technique, même si, dans les faits, le service en cause a été en grande partie déserté par la population, et si son maintien, à la fois couteux et inefficace contrarie l'affectation de ressources internes à des projets de développement correspondant aux besoins de la population du territoire.
- [388] Pour autant, la situation d'un établissement n'est pas la simple résultante d'une série de facteurs exogènes. Si tel était le cas, l'examen des conditions de gestion des hôpitaux publics ferait apparaître que les meilleurs résultats financiers sont liés à des situations « heureuses », que la qualité des soins et le volume de la production sont assurément préétablis. Or, une telle concordance n'est pas absolue. Des établissements bien situés au milieu de leur territoire, sans concurrence excessive ne sont cependant pas parvenus à tirer parti des avantages stratégiques ainsi offerts. On observe d'ailleurs le caractère réversible des résultats financiers qui peuvent brusquement s'effondrer ou de la réputation d'un hôpital, se dissoudre sous le poids des dissensions internes. D'autres enfin peuvent se lancer dans une course à l'activité, sans parvenir à atteindre les objectifs trop ambitieux qu'ils se sont fixés. A l'inverse, des hôpitaux que l'on pourrait a priori croire mal situés, arrivent à la fois à répondre aux besoins de la population et à assurer leur équilibre financier.
- [389] Au terme de ses travaux, la mission a pu mettre en évidence des déterminants que les établissements mobilisent de façon privilégiée pour améliorer leurs résultats financiers. Elle souligne que cet objectif ne peut être le seul moteur de leur démarche qui est également centrée sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Ces déterminants renvoient à la capacité de mobiliser communauté hospitalière, élus et ARS, sur une vision partagée du projet stratégique qui porte notamment sur le positionnement de l'établissement au sein du territoire, sur les restructurations à conduire et sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Le développement de l'activité est également un levier utilisé pour maintenir ou recouvrer une situation financière saine, mais la mission souligne que ce doit être fait avec prudence, en tenant compte notamment des ressources médicales disponibles, des perspectives effectives de progression démographique, d'études médico-économiques réalistes et des besoins supposés.

- [390] L'amélioration des processus internes à l'établissement et notamment celui qui concerne la fluidité du parcours du patient constitue un atout indéniable sur lesquels les établissements ont encore à investir. Elle suppose notamment une prise en compte des partenaires d'amont et d'aval de l'hôpital et la recherche d'un fonctionnement qui facilite les réponses aux besoins des patients tout au long de l'histoire de leur maladie. La recherche de productivité sur les fonctions supports constitue une constante, indispensable tant dans ses apports potentiels (économies réalisées par exemple sur les marchés) que dans son caractère d'exemplarité, les efforts d'efficience ne pouvant peser exclusivement sur les services de soins.
- [391] L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques apparaît également nécessaire et passe par une mobilisation des acteurs sur leur cœur de métier, indispensable pour garder un hôpital attractif pour les soignants et les médecins. Parmi tous les déterminants, la mission souligne l'importance d'une gestion des personnels qui prenne en compte les effectifs au lit du malade mais aussi qui intègre davantage la qualité de vie au travail, dont l'influence est majeure sur la qualité de prise en charge des patients.
- [392] La mission souligne que l'ensemble de ces déterminants n'a de sens que s'il s'inscrit dans le cadre d'un management à la confiance, où les acteurs hospitaliers se sentent écoutés, respectés et considèrent qu'ils ont les moyens d'exercer leur métier de façon à ce que les patients reçoivent les soins de qualité qu'ils sont en droit d'attendre. Ce type de management, qui repose sur une délégation contractualisée, conduit à une prise de décision transparente dans ses motivations, qui s'appuie pour partie sur la réalité des situations décrites et vécues par les acteurs de terrain. Elle donne à la gestion par projet une place majeure, dépassant les cloisonnements et l'organisation hiérarchique, au service d'un projet partagé.
- [393] Le management hospitalier dispose donc de moyens d'agir. Il est néanmoins tributaire des décisions de l'ARS. Les projets d'établissements situés sur un même territoire peuvent en effet ne pas être compatibles et le consensus n'est pas toujours possible, en particulier si un des établissements a l'impression d'être sacrifié au profit d'un autre. Dans ce contexte, le poids de l'ARS apparaît déterminant, l'autonomie des établissements n'étant que relative. Elle a un rôle important dans la valorisation de l'image des établissements appelés à se reconverter sur un rôle de proximité.

Pour la mission, les efforts de redimensionnement et de meilleure utilisation des ressources méritent d'être accompagnés de dispositifs qui permettent de s'assurer que l'établissement garde des capacités à investir, répond aux missions qui lui sont assignées et que la qualité de prise en charge des malades n'est pas altérée.

Le contexte de maîtrise des dépenses de santé impose en outre que les décideurs et en particulier les ARS disposent d'éléments sur la qualité de prise en charge des établissements intégrant des indicateurs de résultats. En l'absence d'une vision portant à la fois sur les résultats financiers et la qualité de prise en charge des malades, le risque est celui d'une dégradation de la qualité sous la pression financière.

Enfin, il apparaît qu'il n'y a pas de situation d'équilibre acquise une fois pour toutes. L'établissement, même s'il a des résultats financiers satisfaisants, est en permanence sous tension pour répondre aux attentes parfois contradictoires entre les patients, les personnels, les orientations de l'ARS et les médecins prescripteurs. Les évolutions futures du système de santé peuvent également modifier le positionnement des établissements de santé.

Ces différents constats témoignent de la complexité du pilotage d'un établissement de santé qui doit être en permanence en capacité de mobiliser les personnels hospitaliers sur des projets construits ensemble, dans l'intérêt du service rendu au malade, d'anticiper les évolutions et de s'inscrire dans l'équilibre général du système de santé.

Dominique ACKER

Anne-Carole BENSADON

Patrice LEGRAND

Céline MOUNIER

Liste des personnes rencontrées

IGAS

Bonnet	Jean-Louis
Bras	Pierre-Louis
Castel	Paul
Delnatte	Jean-Claude
Garrigue-Guyonnaud	Hubert
Métais	Jacques
Vallet	Guy

Secrétariat général

Wargon	Emmanuelle	Secrétaire générale
Obrecht	Olivier	Chargé de mission

DGOS

Podeur	Annie	Directrice générale de l'offre de soins
Faucon	Félix	Chef de service
Le Guen	Yannick	Sous directeur, sous direction du pilotage de la Performance des acteurs et de l'offre de soins
El-Bahri	Ahmed	Chef de bureau PF1, SDPF
Luigi	Emmanuel	Adjoint au sous directeur, SDPF
Salomon	Valérie	Cheffe de bureau PF2, SDPF
Messner	Laëtitia	Cheffe de la mission Systèmes d'information des Acteurs de l'offre de soins

DREES

Fourcade	Nathalie	Sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Raynaud	Denis	Adjoint à la sous-directrice de l'observation de la Santé et de l'assurance maladie
Loth	André	Directeur de projet

ATIH

Holla	Housseyni	Directeur
Pourcher	Roman	Responsable du Pôle "Analyse des Données et Indicateurs de performance"
Perrot	Georges	Chef du service information sur la performance des établissements de santé
Naudin	Florence	Responsable du Pôle « suivi de l'ONDAM hospitalier »

CNG

Toupillier	Danièle	Directrice générale
Bertrand	Dominique	Conseiller médical de la directrice
Cabon	Jean François	Conseiller technique de la directrice

ANAP

Anastasy	Christian	Directeur général
Biron	Noëlle	Directeur associé
Espagno	Christian	

HAS

Guerin	Jean-Paul	Membre du collège et président de la commission De certification des établissements de santé
Le Ludec	Thomas	Directeur de l'amélioration de la qualité et de La sécurité des soins
Bérard	François	Chef du service certification des établissements de santé

Conférences

Fellinger	Francis	Président de la conférence des présidents de CME de CH
Fréchu	Denis	Président de la conférence des directeurs de CH
Destée	Alain	Président de la conférence des présidents de CME de CHU

FHF

Vincent	Gérard	Délégué général
Gaubert	Yves	Responsable du pôle finances et banque de données
Arcos	Cédric	Directeur de cabinet

FEHAP

Dupuis	Yves-Jean	Directeur général
Causse	David	Coordinateur du pôle santé social

Ciss

Saout	Christian	Président
-------	-----------	-----------

Syndicats représentatifs

Amouroux	Thierry	CFE-CGC
Andriamfidy	Louison	CPH
BELOUCIF	Sadek	SNAM-HP
Canieux	Nathalie	Secrétaire générale, CFDT Santé sociaux
Crépel	Philippe	CGT Santé action Social, responsable du secteur revendicatif
El Saïr	Philippe	SMPS
ELHADAD	André	SNAM-HP
Fraisse	François	CMH
Gobert	Jean Gérard	CMH
Jacob	Alain	INPH
Lecardez	Marc	SMSP
Meunier	Hubert	Syncass-CFDT
Pestyst de Morcourt	Thierry	Chargé de la FPH, CFE-CGC
Roger	Karine	UNSA Santé sociaux
Rosenblatt	Michel	Syncass-CFDT
Rymer	Roland	Président SNAM-HP
Vigne	Alain	UNSA Santé sociaux

Groupe d'appui

Beau	Elisabeth	Directrice du CH de Saint Denis
Chevillard	Myriam	Coordonnatrice générale des soins, CH d'Annecy

Deplanque	Sophie	DSIO, CH de Calais
Feigel	Philippe	Président de la CME, CH de La Roche Sur Yon
Jahan	Philippe	Directeur, CH de Valenciennes
Lagarrigue	François	Chef du service de réanimation, chef de pôle, CHU de Tours
Meunier	Alain	Directeur général du CHU de Clermont Ferrand
Moisdon	jean Claude	Directeur de recherche, Ecole nationale supérieur des mines de Paris
Ollivier	Rolland	Directeur de l'institut du management, EHESP
Polverel	Régis	Président de la CME, CH de Martigues
Portal	Danièle	Directrice du CH de Mulhouse

Pharmaciens

Lanoué	Marie-Christine	Responsable de l'Omedit Centre
Husson	Jean-François	Responsable du groupement d'achat de médicaments de La région Centre
Reben	Isabelle	Pharmacien, présidente de la CME de l'hôpital de Loches
Lanoué	Marie-Christine	Responsable de l'Omedit Centre

ARS Poitou-Charentes

Blanc	François-Emmanuel	Directeur général
Alberque	Caroline	Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale
Delage	Guy	Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale
Rivallant-Delabie	Laurence	Directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale
Fouche-Cailbault	Nathalie	Responsable du pôle sanitaire

CH de La Rochelle

Michel	Alain	Chef d'établissement
Boffard	Daniel	Directeur des pôles
Beaudeau		Représentant des usagers
Ferry		Chef du pôle femme enfant
Cadhilac	Xavier	Directeur des ressources humaines
Billon		Chef du pôle gériatrie et chef de pôle par intérim du pôle urgences-réanimation
Bouex-Godeau	Thierry	Chef de service accueil-urgences-SAMU-SMUR
Perrotin		Médecin responsable du SAMU
Fleury		Cadre supérieur de santé du pôle gériatrie
Arnaud-Douville		Cadre supérieur de santé de médecine interne et risques cardio-vasculaires
Santer		Cadre supérieur de santé du pôle réanimation-urgences
Godeau		Président de la CME
Faugère	Laurent	Directeur administratif et financier
Garnier	Gérard	CGS
Bergeal	Dr	Médecin responsable du département d'information médicale
Briand		Pharmacienne
Leremboure		Chef de service des activités du bloc opératoire
Picquetot		Cadre supérieur de santé du pôle médico-technique
Bréhant		Médecin cheffe de service du laboratoire
Azoulay	Sandrine	Directrice adjointe services financiers et système d'information
Turpin	Elisabeth	DAM

ARS Aquitaine

Baron	Anne	Directrice générale adjointe
Richard	Patrice	Directeur de l'offre de soins
Accary	Catherine	Directrice adjointe de l'offre de soins
Fort	Philippe	Directeur de la DT 33

CH d'Arcachon

De Montaudoin	Catherine	Médecin DIM
Cantournet	Marie José	Directrice des soins
Lavignon	Marianne	Directrice de la qualité, affaires générales
Goujart	Christian	DRH-DSIO
Lavergne	Guillaume	Président de la CME
Henry	Pascale	Directeur administratif et financier
Ladisals	David	Responsable admissions recettes
Laplanche	Elodie	Contrôleur de gestion
Maillot	Karine	Assistance sociale
Guillard	Cristelle	Attachée d'administration DRH
BRANCATO	Françoise	Cadre hygiéniste, coordonnatrice IFAS
Clochard	Marie	Secrétaire direction des soins et secrétaire du comité qualité
Thiel	Sandrine	Ingénieur qualité
Galinou	Nicole	Représentant des usagers
Vardelle	M.	Cadre de pôle, pôle médecine
Ostinet	Patricia	Cadre de chirurgie orthopédique et viscérale, pôle de chirurgie
Fressard	Didier	Responsable de l'anesthésie, pôle de chirurgie
Darmé	Xavier	Pharmacien
Labenne	Mme	Cadre de pôle, pôle urgences
Lagarde	Eric	Technicien informatique

ARS Midi Pyrénées

Chastel	Xavier	Directeur général
Morfoisse	Jean-Jacques	Directeur de la qualité et de la performance

CHU de Toulouse

Romatet	Jean-Jacques	Directeur général
Léon	Hervé	Directeur général adjoint
	Marie-	
Turnin	Christine	Vice présidente de la CME
Servat	Martine	Politique médicale et projet médical
Ceaux	Christine	Coordinatrice générale des soins
Abbal	Emilien	Responsable du plan performance
Mariage	Dominique	Directeur administratif et financier
Molinier	Laurent	Responsable du département d'information médicale
		Directeur adjoint de l'équipe de coordination
Massip	Sébastien	et accompagnement du développement des pôles
		Directeur du site de Purpan, équipe de coordination
Ferrand	Hugues	Et accompagnement du développement des pôles
Lafage	Didier	Maitrise d'ouvrage des projets et suivi des ROI
		Directeur de l'équipe de coordination et
Oussar	Estelle	Accompagnement du développement des pôles

Barthes	Richard	Accompagnement des projets structurants,
Pradere	Bernard	Département des rh, pôle management
Reynier	Marc	Président de la CME
		Directeur des affaires médicales
		Cadre supérieur de santé, accompagnement
Morelle	Colette	De projets structurants, développement des rh
Coulaud	Mylène	CSS, pôle enfants et pôle Viguier
Labatut	Raymonde	CSS, pôle spécialités médicales
Carrié	Didier	Chef de service de cardiologie
Clanet	Michel	Chef de pôle de neurosciences
Janotto	Sylvie	CS, SSR
Mazas	Martine	CS, secteur ambulatoire des médecines
Bezombes	Véronique	CSS, pôle céphalique et pôle odontologique
Fourcade	Olivier	
Rastouil	Olivier	DRH et des relations sociales
		Directrice déléguée du pôle enfant et chargée de
		Mission sur les effectifs hospitaliers
Gitard	Audrey	
Vernejoux	Laurence	Directeur des soins, directeur délégué du pôle Prestataire spécialisé
Bessière	Sylvain	Cadre administratif du pôle équipement, hôtellerie, logistique
Geraud	Madeleine	Cadre administratif du pôle de spécialités médicales
		Cadre administratif de la direction de l'accompagnement
Castany	Hélène	Des projets structurants et de la formation
Cousseau-Bourdoncle	Thérèse	Secrétaire générale
Ducasse	Jean-Louis	Chef de pôle adjoint médecine d'urgences, chef De service SAMU-SMUR
Lauque	Dominique	Chef de pôle médecine d'urgence, chef de service des urgences
Hanaire	Hélène	Présidente de la DRCI
Llau	Marie Elise	Direction de la recherche et de l'innovation
Peo'ch	Nadia	CSS à la DS, promotion de la recherche infirmière, Maitre de conférence
Buscail		Chef du pôle digestif
Sans	Nicolas	Chef du pôle imagerie
Grolleau	Jean Louis	Cher du pôle uro-néphrologie

ARS Bretagne

Bertrand	Pierre	Directeur général adjoint
Coupron	Julie	Directrice adjointe de la stratégie et des projets

CHU de Brest

Dupont	Bernard	Directeur général
	Marie-	
Corbel	Christine	Directrice générale adjointe
Horellou	Anne Marie	Directeur adjoint, direction des finances et de la facturation
Le Bionnec	Julien	Directeur adjoint, direction de la facturation
Dubois	Yann	Responsable du pôle ressources et développement social
	Jean-	Responsable du pôle direction des établissements,
Paul	Christophe	Proximité et logistique, directeur du site de Carhaix
		Direction des services économiques et logistiques,
Urvois	Jean	Directeur référent du pôle de psychiatrie
Duval	Yves	Direction des travaux et de l'équipement, Directeur référent de la pharmacie
Loschi	Alain	Coordonnateur général des soins
Cauvin	Jean Michel	Responsable du DIM
Agaise	François	Contrôle de gestion
Gaudin	Fanny	Directeur adjoint conditions de vie au travail, écoles, Carhaix
Perro	Félix	Directeur adjoint, emplois, compétences, Parcours professionnels
Maringue	Gwendal	Directeur adjoint affaires médicales

Maringue	Caroline	Directeur adjoint qualité et gestion des risques
Coutté	Marie-Bénédicte	Responsable médicale de l'institut qualité, risques, Sécurité, coordonnateur des risques liés aux soins
Kermadec	Solange	CSS de l'institut qualité, risques, sécurité
Corfa	Sophie	Conseillère en codage du pôle neurolocomoteur Gériatrique et infectiologie
Laforge	Nicolas	CS du pôle neurolocomoteur gériatrique et infectiologie
Lombard	Christine	CA du pôle neurolocomoteur gériatrique et infectiologie
Gales-Darrieu	Chantal	CSS du pôle neurolocomoteur gériatrique et infectiologie
LE Gourrières	Eric	Directeur référent et DS du pôle neurolocomoteur Gériatrique et infectiologie Chef de pôle neurolocomoteur gériatrique et infectiologie,
L'Heveder	Gildas	Ph aux explorations fonctionnels neurologiques
Fournier		Chef du pôle cancérologie, transplantation, viscéral
Hermenier		CSS de pôle cancérologie, transplantation, viscéral
Guillo	Philippe	Chef du pôle imagerie
Troadec	Alain	Directeur référent du pôle imagerie, DS, Landernaux
Larchiver	Françoise	CSS du pôle imagerie
Ozier		Chef du pôle anesthésie, réanimations, soins intensifs, Blocs, urgences
Borgnis-Desbordes		Cheffe du pôle de pharmacie
Le Piouf		CSS du pôle de pharmacie
Legeas	Yannick	Directeur des systèmes d'information
Mottier		Pôle recherche
Dolou		Pôle recherche
Gloanec	Brigitte	Cadre socio-éducatif
Collec	Christelle	Directeur en charge des relations avec les usagers Et du service social
Le Reun	Ronan	Médecin référent à la DIS sur le dossier Informatisation du processus de soins
L'Hour		Représentante des usagers
Fenoll	Bertrand	Président de la CME

ARS Rhône Alpes

Jacquinet	Christophe	Directeur général
-----------	------------	-------------------

CH de Bourg en Bresse

Naman	Gilles	Chef d'établissement
Severac	Florent	Directeur administratif et financier
Forest	Régis	Directeur des ressources humaines
Pivot	Marie Laure	Directrice des affaires générales et de la qualité Et relations des usagers
Arnould	Hervé	Président de la CME
Gendry	Carole	CGS
Boudon	Elisabeth	CSS
Bonnefous	Jean-Louis	Pharmacien, responsable de la PUI, chef du pôle transversal Médecin responsable du service réanimation Et du pôle soins critiques et non programmés
Tchenio	M.	
Pointet	Mlle	Responsable du Bureau de l'hospitalisation
Therisy	Mme	Cadre Supérieure de Santé pôle soins critiques et Non programmés
Ruel	M.	Contrôleur de gestion service des finances
Buatier	Hervé	Responsable du pôle gériatrique
Velon	Françoise	CSS du pôle gériatrique
Maitre	Valérie	Cadre administratif du pôle gériatrique
Sotty	M.	Représentant des usagers
Curtet	Mme	Représentant des usagers
Paris	M.	Représentant des usagers
	Marie	Responsable du bureau des entrées, coordonnatrice
Pontel	Christine	Des personnels socio-éducatifs

Perrolaz	Fabienne	Assistante sociale
Velon	Elisabeth	CSS du pôle médico technique et à la DS Adjoint des cadres aux services économiques et Cadre administratif du pôle médico technique
Servignat	Philippe	Dr
Poncelin	Dr	Chef du pôle soins critiques, responsable du SAMU
Laurent	Corinne	Ingénieur qualité
Warnitz	Pierre Jean	Ingénieur responsable du service informatique
Vuillard	Catherine	CSS sage femme, du pôle mère enfant

ARS Ile-de-France

Barreteau	Andrée	Directrice de l'offre de soins et médico-sociale
Pinardon	François	Chef du département suivi financier des Etablissements de santé

CH de Longjumeau

Graindorge	Eric	Chef d'établissement
Bosle	Jean-François	Chargé de mission département finances, Contrôle de gestion, facturation
Nguyen	Duc Tinh	Médecin DIM
Conde	Yves	Directeur du pôle de pilotage stratégique et des SI
Guilley	Christelle	Responsable de la production et du développement Des activités de soins
Pain	Brigitte	CSS pole médico-technique et fonctions transversales
Moulinet	Christine	CS en service de médecine, responsable de la Chambre mortuaire
Guedon	Isabelle	CS consultations générales
Da Cunha	José	Directeur du pôle logistique et patrimoine Directeur adjoint chargé de la logistique et patrimoine et directeur référent de la psychiatrie et gériatrie
Bednarski	Sandrine	Directrice du pôle RH et des affaires médicales
Bermann	Béatrice	Directrice adjointe en charge des affaires médicales
Pizzo Ferrato	Maryse	Chef du pôle accueil soins urgents et intensifs
Coudray	Jean-Michel	Chef du pôle mère enfant
Dalkilic	Serdan	Directrice des soins Longjumeau
Delaveau	Catherine	Directrice des soins Orsay
de Bernardy	Mylène	Vice président de la CME, chef du pôle de médecine
Oliviero	Gérard	

ARS Pays de la Loire

Desaulle	Marie-Sophie	Directrice générale
Grimonprez	François	Directeur de la qualité
Florentin	Didier-Pierre	Délégué territorial de la Mayenne

CH de Laval

Lenhardt	Liliane	Directeur
Muller	Sylvie	Département d'information médicale
Galliez	Michel	Chef de pôle de spécialités d'organes
Rossignol	Jean-François	Cadre de pôle de spécialités d'organes
Colnet	Rémi	Directeur de la stratégie et des finances
Charles	Julien	Directeur des ressources et des compétences
Garcia Viana	Audrey	Directeur secrétariat général, affaires générales
de Bonneval	Catherine	Directrice des soins
Sfairi		Président de la CME
Junca	Didier	Ingénieur en charge des systèmes d'information
Chaleil	Denis	Chef du pôle medico technique

Charbonnel	Nelly	ARM référente du centre 15
Rohee	Bruno	Responsable du service SAMU-SMUR-CESU
Delafontaine	Céline-Marie	Ingénieur qualité et gestion des risques
Maurice	Annick	AAH contrôle de gestion
Mier	Laurence	Chef du pôle urgences SAMU SMUR, spécialités Médicales, SSR, HAD
Quinton	Laurent	Cadre supérieur de santé du pôle urgences médicales
Zbierski	Liliane	Responsable de la pharmacie
Boutier	Valérie	AAH PNM
Leblanc	Lucette	AAH PM

Annexe 1 : questionnaire envoyé par la mission

Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q0 - Le coefficient de transition de l'établissement en 2008 était il ?

- Supérieur à 1,2
- Compris entre 1 et 1,2
- Compris entre 0,8 et 1
- Inférieur à 0,8

Q1 - Prévoyez-vous pour 2012 un résultat :

- A l'équilibre
- En déficit
- En excédent

Pensez-vous pouvoir financer, vos projets d'investissement à 5 ans ?

Q2 - Avec Aide Oui Non

Q3 - Avec emprunt Oui Non

Quel est le pourcentage de jours CET provisionnés au 31/12/2010 ?

Q4 - Pour le personnel médical

Q5 - Pour le personnel non médical

Q6 - Avez-vous entamé des travaux de fiabilisation des comptes ?

- Oui
- Non

En particulier, avez-vous :

Q7 - Engagé la fiabilisation de l'inventaire des immobilisations ?

- Oui
- Non

Q8 - Amorcé des travaux sur le contrôle interne comptable et financier ?

- Oui
- Non

Q9 - Assurez-vous pour votre propre usage un suivi budgétaire mois par mois ?

- Oui
- Non

Q10 - L'établissement facture-t-

il les chambres particulières même quand ce n'est pas une demande du patient (hors nécessité médicale) ?

- Oui
- Non

Validez vos
réponses et passez
à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Quelle est le montant des tarifs journaliers de prestation en médecine, chirurgie, obstétrique sur les 3 dernières années ?

Tarifs journaliers de prestation	2008	2009	2010
Médecine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obstétrique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q20 - Votre hopital est-il en concurrence avec d'autres établissements publics, privés ou ESPIC ?

- Oui Non

Q21 - Si oui, sur quelles disciplines/activités ?

- médecine
 chirurgie orthopédique
 chirurgie viscérale
 chirurgie ORL
 chirurgie ophtalmologique
 obstétrique
 obstétrique
 autre

Q22 - Votre hopital est-il en complémentarité avec d'autres établissements publics, privés ou ESPIC ?

- Oui Non

Q23 - Si oui, sur quelles disciplines/activités ?

- médecine
 chirurgie orthopédique
 chirurgie viscérale
 chirurgie ORL
 chirurgie ophtalmologique
 obstétrique
 obstétrique
 autre



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q24 - Quels types de relations sont établis avec la médecine de ville aussi bien en amont qu'en aval de l'hospitalisation ?

- communication sur les numéros des médecins hospitaliers
- communication sur les numéros des services hospitaliers
- numéro d'appel spécifique
- organisation de journées d'échanges ou de formation
- autres

Q24b - Quel est le pourcentage des comptes rendus d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur à 8 jours, en 2010 ?

L'établissement a-t-il des conventions formalisées avec :

- Q25 - Des établissements médico-sociaux Oui Non
- Q26 - Des services/établissements de soins de suite Oui Non
- Q27 - Des associations d'usagers Oui Non

Quelles sont les parts de marché de l'établissement des 3 dernières années (2008, 2009, 2010) en Médecine, Chirurgie, Obstétrique sur sa zone d'attractivité ?

Parts de marché	2008	2009	2010
Médecine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obstétrique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q37 -L'établissement dispose-t-il de CREA ?

- Oui Non

Q38 - Si oui, à quelle périodicité ?

- trimestre
- quadrimestre
- semestre
- année



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q39 - L'établissement dispose-t-il de TCCM ?

- Oui Non

Q40 - L'établissement dispose-t-il de tableaux de bord spécifiques ?

- Oui Non

Q41 - Si oui, précisez:

Q42 - A qui sont diffusés le ou les outils mentionnés aux questions Q37 à Q41

- responsable médical du pôle concerné ?
 cadre de santé du pôle concerné ?
 cadre administratif du pôle concerné ?
 chefs de service du pôle concerné ?
 autres membres du pôle concerné ?
 autres pôles que celui concerné ?

Q43 - Par qui sont-ils exploités ?

- responsable médical du pôle concerné ?
 cadre de santé du pôle concerné ?
 cadre administratif du pôle concerné ?
 chefs de service du pôle concerné ?
 DIM
 Contrôle de gestion
 Equipe de direction

Q44 - Quels sont les indicateurs d'activité dont disposent les pôles ?

- nombre de RSA des services du pôle
 DMS des services du pôle
 IP DMS des services du pôle
 TO des services du pôle
 valorisation de l'activité des services du pôle
 valorisation de l'activité du pôle



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q45 - Quel est le rythme des revues de gestion entre les pôles et l'administration ?

- bimestriel
- trimestriel
- quadrimestriel
- semestriel
- annuel

Quel est le pourcentage de postes vacants des 3 dernières années (2008, 2009, 2010) sur les professions suivantes?

Pourcentage de postes vacants	2008	2009	2010
Médecins	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IDE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ensemble du personnel (médical et non médical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q57 - Avez-vous un indicateur de productivité médicale par service ?

- Oui
- Non

Q58 - Avez-vous un indicateur de productivité médicale sur l'ensemble de l'établissement ?

- Oui
- Non



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q60 - Nombre de jours de grèves hors mot d'ordre national ?

Q61 - l'établissement utilise-t-il des indicateurs de qualité de vie au travail ?

Oui

Non

Q63 - A combien s'élève le nombre d'heures travaillées dans l'année par ETP pour les professionnels paramédicaux ?

Q64 - A combien s'élève le nombre de JRTT pour les professionnels paramédicaux ?

Q65 - Quelle est la durée totale du chevauchement sur 24h pour les IDE pour la majorité des unités ?

Q66 - L'accord sur les 35h a-t-il été renégocié ?

Oui

Non

Q67 - Comment l'établissement s'organise-t-il pour s'assurer de la qualité du recrutement notamment médical ? (5 lignes maximum)

Q68 - L'établissement a-t-il mis en place des coopérations relatives au recrutement médical ?

Oui

Non

Q69 - Si oui :

avec le CHU

avec un CH

avec un établissement privé

autre

Quel pourcentage des charges de personnel est affecté à la formation :

Q70 - Pour le personnel médical

Q71 - Pour le personnel non médical



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q72 - L'établissement dispose t il d'un contrôleur de gestion ? Oui Non

Q73 - Si oui, comment est-il positionné dans l'établissement?

- Auprès du chef d'établissement
- Auprès de la direction des affaires financières
- Dans un pôle médico-administratif

Q74 - Comment le DIM est-il positionné dans l'établissement ?

- auprès du chef d'établissement
- dans un pôle médico-administratif
- dans un pôle médical

Q75 - Quel est le taux d'exhaustivité du codage ?

Q76 - Avez-vous modifié la structuration de votre case mix pour améliorer vos résultats de gestion?

- Oui
- Non

Q77 - Existe-t-il des divergences repérées lors des contrôles externes des caisses d'assurance maladie ?

- Oui
- Non

Si oui, portent-elles

Q78 - sur les actes frontières Oui Non

Q79 - sur d'autres points Oui Non

Q80 - Pourcentage de pôles disposant d'un contrat signé :

Q81 - Les contrats comptent ils des objectifs :

- en termes de niveau d'activité
- en termes d'affectation des moyens



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q83 - Délégations de gestion : quelle est la nature des enveloppes déléguées ?

- Formation
- Mensualités de remplacement
- Ensemble des dépenses de personnel
- Petits consommables
- Petits équipements
- Travaux d'entretien courant
- Dépenses médicales et pharmaceutiques
- Autres

Q84 - Y a-t-il une forme d'intéressement ?

- Oui Non

Quel pourcentage de responsables de pôles a été formé ?

Q85 - responsables médicaux :

Q86 - cadres de santé de pôles :

Q87 - cadre administratifs de pôles :

Q88 - S'agit-il de formations ?

- Internes
 Externes
 Les deux

Q89 - Qui a suivi plus précisément le projet de certification ?

- Direction
 CME
 Pôles

Q90 - Quel est le suivi et la diffusion des indicateurs Platines ?

- Instances
 Pôles
 Services

Q91 - Quel est le pourcentage de lits avec prescription nominative informatisée/ délivrance nominative de médicaments ?



Revenir à la page précédente

Validez vos réponses et passez à la page suivante



Mission IGAS sur les établissements de santé publics

Q92 - Avez-vous mené des actions sur l'amélioration de l'efficacité du bloc opératoire ?

- Oui Non

Q93 - Avez-vous mis en place un processus :

- de gestion des lits
- de gestion des rendez vous
- de rendus de résultats d'examens (laboratoires, radiologie)
- de gestion des temps d'attente aux urgences
- de gestion des pics d'activité dans l'établissement
- d'anticipation de la sortie des patients

Q94 - Y a-t-il un dossier patient unique pour l'ensemble de l'établissement ?

- Oui Non

Q95 - L'établissement a-t-il mis en place un dispositif de suivi :

- des réclamations
- des événements indésirables
- des questionnaires de sortie

Q97 - Quels sont pour vous les 2 principaux déterminants de la bonne gestion hospitalière ?



Revenir à la page précédente

Imprimez le questionnaire



Validez vos réponses
Vous pourrez ensuite compléter ou corriger le questionnaire si nécessaire

Valider

Annexe 2 : Méthodologie détaillée d'exploitation du questionnaire

[394] Un questionnaire a été envoyé à 120 établissements. Les étapes suivantes ont été réalisées afin de permettre son exploitation.

1. STRATIFICATION

[395] Les 120 établissements ont été sélectionnés par échantillonnage stratifié à partir de l'ensemble des établissements publics présentant une activité MCO répartis en 4 strates : CHU, CH avec un budget supérieur à 70Md'€ CH avec un budget de 20 à 70Md'€ CH dont le budget est inférieur à 20 Md'€ Les établissements dont l'activité MCO représente moins de 5% de l'activité totale de l'établissement n'ont pas été retenus. Les hôpitaux locaux ne faisaient pas partie de l'étude. La mission n'a pas non plus intégré dans le traitement des données celles provenant d'un établissement où elle avait effectué une visite.

2. ECHANTILLONNAGE

[396] A l'intérieur de chaque strate, l'échantillonnage a été réalisé comme suit :

[397] Pour les CHU : échantillonnage exhaustif (à l'exception des CHU de Brest et Toulouse pour lesquels la mission a effectué une visite sur site)

[398] Pour les CH d'un budget supérieur à 70Md'€: 1 établissement sur 3

[399] Pour les CH d'un budget compris entre 20 et 70 Md'€: 1 établissement sur 4

[400] Pour les CH d'un budget inférieur à 20 M d'€: 1 établissement sur 6.

[401] Dans les différentes strates, les établissements ont été classés en utilisant des variables supposées refléter les positionnements financiers des établissements les uns par rapport aux autres. Ce classement n'a pas de légitimité propre et vise uniquement à retenir des établissements présentant des profils financiers différents. Il ne s'agit en aucun cas d'un classement des établissements « bien gérés ».

[402] La mission a également demandé à l'ATIH de lui fournir des données par établissement afin de limiter au maximum le nombre de questions à renseigner par les établissements.

3. SEGMENTATION

[403] L'ATIH a ensuite procédé à une segmentation des établissements en fonction des indicateurs présentés ci-dessous :

- I1 résultat budget global hors subventions d'exploitation / total des produits hors subventions d'exploitation
- I2 taux de marge brute hors subventions d'exploitation

- I3 taux de CAF hors subventions d'exploitation
- I4 ratio d'indépendance financière
- I5 évolution du taux de marge brut hors subventions d'exploitation entre 2008 et 2010

[404] La segmentation est réalisée en plusieurs étapes.

[405] Etape 1

[406] Sont calculés pour chacun des établissements de l'échantillon :

- la moyenne des valeurs I1 sur 3 années (2008-2009-2010)
- la moyenne des valeurs I2 sur 3 années (2008-2009-2010)
- la moyenne des valeurs I3 sur 3 années (2008-2009-2010)
- la moyenne des valeurs I4 sur 3 années (2008-2009-2010)
- la valeur I5¹¹⁷

[407] Etape 2

Pour chaque indicateur, est calculée la médiane des valeurs obtenues par les établissements (calculées lors de l'étape 1).

[408] Etape 3

Pour chaque indicateur, chacun des établissements de l'échantillon est positionné par rapport à la médiane obtenue à l'étape 2.

Si la valeur calculée pour l'établissement lors de l'étape 1 est supérieure ou égale à la médiane correspondante, le poids "2" lui est affectée, sinon "0"

[409] S'agissant de l'indicateur I4 "ratio d'indépendance financière", dans la mesure où il reflète en réalité la dépendance financière, le poids « 2 » sera affecté quand sa valeur est inférieure (et non supérieure) à la médiane des valeurs.

[410] Etape 4

[411] 5 indicateurs sont mobilisables, les poids peuvent varier de 0 à 10, de façon discontinue, pouvant ainsi prendre les valeurs 0 (poids 0 pour les 5 indicateurs), 2 (poids 2 pour 1 indicateur), 4 (poids 2 pour 2 des indicateurs), 6 (poids 2 pour 3 des indicateurs), 8 (poids 2 pour 4 des indicateurs) et 10 (poids 2 pour les 5 indicateurs).

[412] La segmentation est ensuite réalisée en 3 groupes : Valeurs 0 et 2 / Valeurs 4 et 6/ Valeurs 8 et 10.

4. REDRESSEMENT

[413] Pour analyser les réponses au questionnaire, un redressement a été effectué en tenant compte du nombre de réponse par strate (CHU, CH avec un budget supérieur à 70Md'€ CH avec un budget de 20 à 70Md'€ CH dont le budget est inférieur à 20 Md'€) et du nombre réel d'établissement par strate. Par ailleurs, les questionnaires où un grand nombre de réponse manquait n'ont pas été retenus.

¹¹⁷ Concernant le calcul de la valeur de l'indicateur I5 pour certains établissements, lorsque le taux de marge brute évolue entre 2008 et 2010 d'une valeur négative à une valeur encore plus négative (ex. de -2,2% à -2,7%), la formule du taux d'évolution donne une évolution positive (ex. +21,4%). Or il s'agit d'une dégradation du taux de marge brute.

Annexe 3 : analyse détaillée des case mix concernant la répartition des ressources (source ATIH)

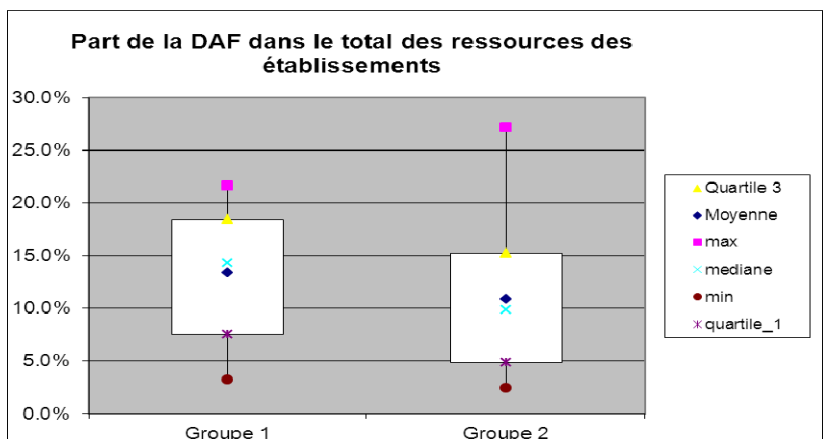
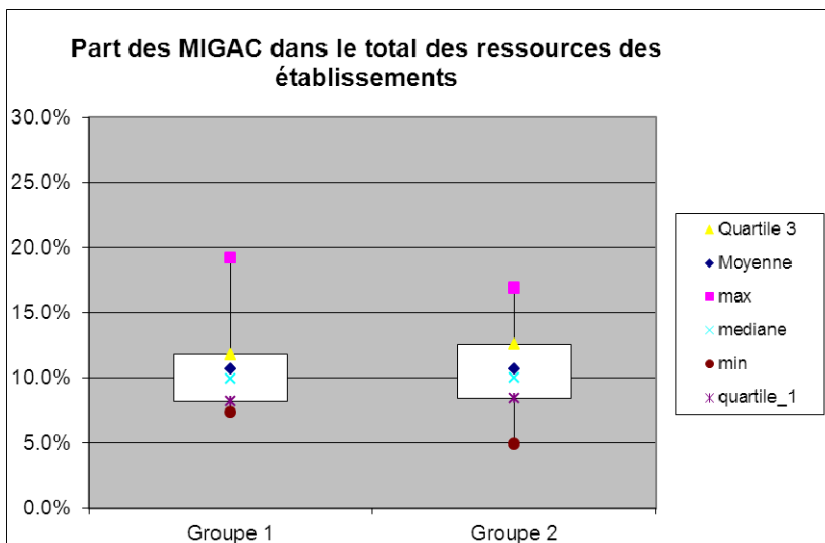
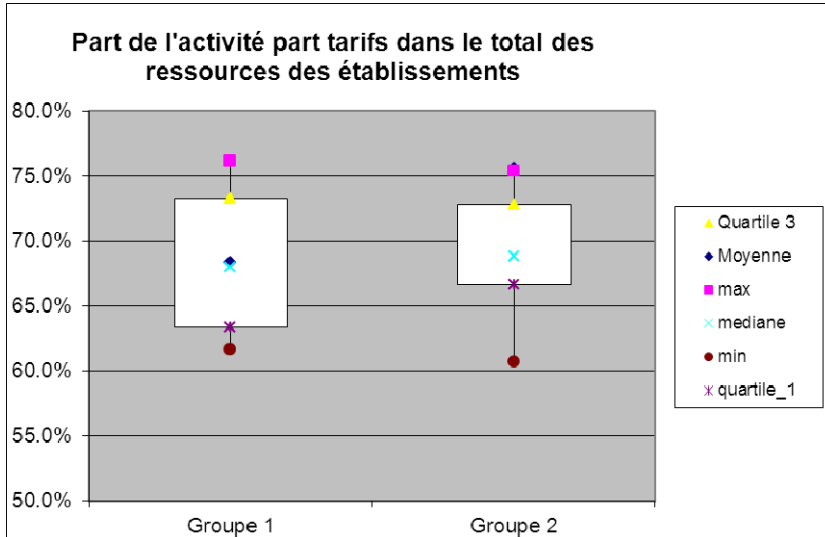
En 2010, le montant global des ressources est en moyenne plus élevé pour le groupe 2 et cette différence s'observe plus particulièrement sur les recettes liées à l'activité à la part tarifs : les recettes liées à l'activité à la part tarifs s'élevaient en moyenne à 89,2 M€ pour un établissement du groupe 1, 83,5M€ pour un établissement du groupe 2 et 81,9M€ pour un établissement de la liste des autres CH sélectionnés pour l'analyse.

En termes de répartition des ressources cela est conforté par un poids plus important recettes liées à l'activité à la part tarifs : elles ont représenté en moyenne 69,8% des ressources d'un établissement du groupe 2, 67,5% des ressources d'un établissement du groupe 1 et 66,9% des ressources d'un établissement de la liste des autres CH sélectionnés pour l'analyse. Le groupe 2 semble également se caractériser par une activité moins prononcée en psychiatrie, les recettes DAF PSY sont moins élevées et représentent en moyenne 5,7% pour les établissements de ce groupe alors qu'elles représentent 9,1% pour le groupe 1 et 8,5% pour les autres CH de l'analyse.

Montant moyen des ressources (en milliers €)	Groupe 1	Groupe 2	Autres CH >70M€
Activités GHS (yc suppléments)	75 115.1	79 711.0	73 648.4
Actes et consultations externes (yc IVG)	7 698.5	9 136.4	7 903.7
Activité en HAD	632.7	387.1	441.0
Total Activités à la part tarifs	83 446.2	89 234.5	81 993.1
Total Médicaments et DMI payés en sus	6 593.7	8 519.4	6 198.0
Total Activité MCO	90 039.9	97 753.9	88 191.2
Total Forfaits annuels	3 074.2	3 469.7	2 796.8
Total MIGAC	12 805.2	14 060.7	14 985.8
DAF SSR	6 425.1	5 358.7	6 150.9
DAF PSY	11 195.4	7 257.0	10 438.5
Total DAF	17 620.5	12 615.7	16 589.5
Total des ressources	123 539.8	127 900.0	122 563.3

Répartition des ressources (en %)	Groupe 1	Groupe 2	Autres CH >70M€
Activités GHS (yc suppléments)	60.8%	62.3%	60.1%
Actes et consultations externes (yc IVG)	6.2%	7.1%	6.4%
Activité en HAD	0.5%	0.3%	0.4%
Total Activités à la part tarifs	67.5%	69.8%	66.9%
Total Médicaments et DMI payés en sus	5.3%	6.7%	5.1%
Total Activité MCO	72.9%	76.4%	72.0%
Total Forfaits annuels	2.5%	2.7%	2.3%
Total MIGAC	10.4%	11.0%	12.2%
DAF SSR	5.2%	4.2%	5.0%
DAF PSY	9.1%	5.7%	8.5%
Total DAF	14.3%	9.9%	13.5%
Total des ressources	100.0%	100.0%	100.0%

- Les graphiques ci-dessous illustrent l'hétérogénéité au sein de chacun des deux groupes de CH :
- pour la part des recettes liées à l'activité à la part tarifs, l'hétérogénéité est plus forte dans le groupe 1 ;
 - pour la part des recettes liées aux MIGAC, l'hétérogénéité est plus forte dans le groupe 2 ;
 - pour la part des recettes liées à la DAF (activités PSY et SSR), l'hétérogénéité est forte dans les deux groupes.



Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'exposition au sang
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AT	Accident de travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
CAF	Capacité d'autofinancement
CAH	Comptabilité analytique hospitalière
CCEQQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CHT	Communauté hospitalières de territoire
CISS	Collectif interassociatif sur la santé Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône Alpes pour la production d'indicateurs en santé
CLARTE	
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNG	Centre national de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CQC	Care quality commission
CQC	Care quality commission
CR	Conception réalisation
CRBGP	Comité de régulation budgétaire et de gestion des pôles
CREA	Comptes de résultats analytiques
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAF	Dotation annuelle de financement
DAPRF	Direction à l'accompagnement des projets restructurants et de la formation
DG	Directeur général
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DIM	Dispositif médical implantable

DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'Outre-mer
DRCI	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
DREES	Direction de l'évaluation des études et des statistiques
ECG	Electrocardiogramme
EEE	Espace économique européen
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Etude nationale des coûts
ENCC	Etude nationale de coûts à méthodologie commune
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF	Fédération hospitalière de France
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé
FSEI	Fiche signalétique d'événements indésirables
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjours
GMSIH	Groupement de modernisation du SIH
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HELP	Bail emphytéotique
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISA	Indice synthétique d'activité
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LINKs	Local involvement networks
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOP	Maitrise d'ouvrage public
MP	Maladie professionnelle
NHS	National health service
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national

ORSOSA	Organisation des soins-santé
PASS	Permanence d'accès aux soins
PDS	Permanence des soins
PEP	Pratique exigible prioritaire
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PHRIP	Programme hospitalier de recherche infirmier et paramédicale
PPP	Partenariat public-privé
PRS	Plan régional de santé
PSMI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RMM	Revue de morbi-mortalité
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSI	Retour sur investissement
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SHMI	Summary hospital mortality Indicator
SIEG	Service d'intérêt économique général
SIH	Système d'information hospitalier
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TCCM	Tableau coût case mix
TIM	Technicien de l'information médicale
TPJ	Tarif journalier de prestation
UF	Unité fonctionnelle
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	Unités de soins de longue durée

BIBLIOGRAPHIE

1. OUVRAGES ET NUMEROS SPECIAUX DE REVUES

1.1. *Finances*

Claire BOUINOT, Benoît PERICARD : Les hôpitaux et l'investissement. LGDJ février 2010

Dominique PELJAK : Traité de finances publiques hospitalières. Les études hospitalières Edition 2011

Rémi PELET direction : Finances publiques et santé. Actes d'un colloque d'avril 2011 à Lille ; tient compte de la convention médicale de juillet 2011. DALLOZ 2011

Pierre-Louis BRAS, Gérard de POUVOURVILLE, Didier TABUTEAU : Traité d'économie et de gestion de la santé Paris : Presses de Sciences PO-Editions de santé, 2009.

Claire BOUINOT : Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France. Centre de gestion scientifique de l'école des mines de Paris.

1.2. *Management*

Eric MARCON, Alain GUINET, Christian TAHON : Gestion et performance des systèmes hospitaliers. Hermès SCIENCE Lavoisier 2008

Hervé SERIEYX, Jean-Luc FALLOU : La confiance en pratique 2010 Editions Maxima.

Hervé SERIEYX, Jean-Marc SALVET, Michel CROZIER : Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle. Juillet 1997 Editions Maxima.

1.3. *Soins et qualité*

Hervé LECLLET, Claude VILCOT : Qualité en santé 150 questions pour agir AFNOR 2007

1.4. *Architecture*

F. CHAMPY, Architecture contemporaine et patrimoine. CNRS, CESTA, Les annales de la recherche urbaine, 1999, n°82.

2. REVUES ET PERIODIQUES : ARTICLES

Philippe ESCOJIDO : Simplifier le respect des contraintes tutélaires. Gestions hospitalières n° 487 – juin/juillet 2009, pp 349 à 353

Roger WEST : La centralisation des achats hospitaliers peut elle être plus performante qu'une démarche décentralisée ? Techniques hospitalières novembre-décembre 2010 pp71 à 73

H.LELEU, F.CAPUANO, M.COURALET, G.NITENBERG, A.CAMPOS, E. MINVIELLE : Developing and using Quality Indicators in French Health Care Organisations : A new area of health services and management research. Lessons from the COMPAQ6HPST Project. Journal d'économie médicale janvier 2011 vol 29 n° 1-2 pp37-46

Julie BOURGUEIL, Jacqueline GRASSIN, Marc LAMBERT : Achats groupés de produits de santé entre CHU et CH. Bilans 2007 et 2008. Gestions hospitalières n°490- novembre 2009 pp541 à 547.

Alain MOURIER : Le management par les processus, du concept à la pratique. Gestions hospitalières n° 491 –décembre 2009 pp611 à 616.

Véronique PRATT, Nathalie BOIVIN : Pilotage de la masse salariale à l'activité : soutenir une dynamique de management de pôle par le pilotage de la masse salariale à l'activité, dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement. Journal d'économie médicale octobre-novembre 2010 –vol.28-n°6-7 pp 255-265

Alain MOURIER : Compétences managériales et modernisation de la fonction achat dans les hôpitaux publics français. Techniques hospitalières Août 2010 pp29 à 33

Isabelle GUERRERO : Partenariat public/privé .Le cas de l'hôpital public. Gestions hospitalières mars 2009 pp147 à 152.

Alain BRAILLON, Mireille CHABAUD-MAYER, Christian DOUCET : Certification des établissements ; pour une approche renouvelée. Gestions hospitalières avril 2009, pp 210 à 213.

Fabien MARTINEZ, Adrien DOZOL, Céline LABALETTE, Roland RYMER, Marie-Christine MATHIEU-GRENOUILLEAU, Rémy NIZARD, Danielle CADET, Christophe SEGOUIN : Concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels. Gestions hospitalières n°487- juin/juillet 2009 pp354 à 361.

Jean-Claude DEFORGES, Pascal DERUDAS, Ludivine BLANCHET : Opérationnalité d'un plan blanc : en mesurer l'efficience. Gestions hospitalières avril 2009 pp214 à217

Zeynep OR, Thomas RENAUD : Impact du volume d'activité sur les résultats de soins à l'hôpital en France. Economie publique n°24-25 2009 1-2, pp187-229

Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT, Zeynep OR : caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi- niveaux. Dossiers solidarités et santé, n°2, avril-juin 2005.

Zeynep OR, Thomas RENAUD, Laure COM-RUELLE : Les écarts de coûts hospitaliers sont ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail IRDES n°25 Mai 2009

Clément NESTRIGUE, Zeynep OR : Surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Questions d'économie de la santé n° 171 décembre 2011

Zeynep OR, Thomas RENAUD : Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multi-niveaux des données hospitalières. Rapport IRDES n°1177 décembre 2009

Dossiers solidarité et santé n°9-2009 : Exploitation seconde de la base de l'étude nationale des coûts(ENC), DREES

Dossiers solidarité et santé Hors série 2007. Les conditions de travail dans les établissements de santé. DREES

Etudes et recherches .document de travail n° 106 juillet 2011. Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Evelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPILET.

Etudes et recherches .document de travail n°97 mai 2010. Les impacts de la T2A sur les modes de fonctionnement des établissements de santé. Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN

Etudes et recherches n°88-mai 2009. La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé. Compaqh-Inserm.

J-C.DELNATTE. La nouvelle méthodologie de comptabilité analytique hospitalière, Finances Hospitalières, novembre 2011, n°52, p12

Dossiers solidarités et santé n° 12, 2009 La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées DREES.

Planification de ressources mutualisées : le cas des infirmiers anesthésistes, TRILLING L., GUINET A., Laboratoire Prisma INSA de LYON, LE MAGNY D., CH de Valence, conférence JDMACS, JNMACS 2005 LYON.

Le pôle d'activité, une chance pour l'encadrement, CHAUVANCY MC, Carnets de santé, mars 2009.

La fonction « cadre de santé » : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui, PEYRE P., Département des sciences sanitaires et sociales, Université de Pau et des pays de l'Adour.

La polyvalence et ses contradictions, EVRAERE C., 18^{ème} congrès de l'association internationale des sociologues de langue française, Turquie, juillet 2008.

Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner, BRUNELLE Y, Pratiques et organisation des soins, vol 40 n°1/janvier-mars 2009.

Les communautés à l'hôpital, Ivan SAINSAULIEU, Esprit critique, automne 2007-vol.10.N° 01

Les hôpitaux attractifs en Belgique, Sabine STORDEUR, p30 actes du séminaire de la HAS sur la qualité de vie au travail 21 octobre 2010.

Linda H. AIKEN, Douglas M. SLOANE, Sean CLARKE, Lusine POGOSHYAN, Eunhee CHO, Liming YOU, Mary FINLAYSON, Masako KANAI-PAK, Yupin AUNG-SU-ROCH : Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/4/357.abstract-aff-8#aff-8>

Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. CCECQA en 2000

Rotation et stabilisation du personnel infirmier par Andrea BAUMANN, RN, PhD pour le compte du centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers 2010

L'intelligence communicationnelle interne, pour une synergie entre information et communication au sein de l'organisation : Frédéric ELY, 13M-Université du Sud Toulon Var ; Université de Nice Sophia Antipolis.

Logiques et représentations de la reconnaissance dans les organisations, Denis MALHERBE et Jean-Yves SAULQUIN, Vie et sciences économiques, n° 168-169, juillet 2005.

A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? DREES, Etudes et résultats, n°754, février 2011

Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers-comparaison entre deux spécialités, DREES, Etudes et résultats n° 794, mars 2012.

Laurent FAUVET : Les médecins au 1^{er} janvier 2012- DREES collection études et résultats n°796-mars 2012.

Localisation des professionnels de santé libéraux, in comptes nationaux de la santé. Collection Etudes et statistiques-DREES-2010.

DREES-recueil d'indicateurs régionaux- offre de soins et état de santé.

Le panorama des établissements de santé, DREES, édition 2011.

M. COLDEFY, V. LUCAS-GABRIELLI : Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Pratiques et organisation des soins volume 41, n°1, janvier-mars 2012.

Retour d'expérience sur la certification V2010, HAS, S. COHEN-HYGOUNENC, Journées internationales de la qualité hospitalière et de la santé, novembre 2010.

Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et des propositions CCECQA, ANAES 2004.

Exploring the relationship between costs and quality: Does the joint evaluation of costs and quality alter the ranking of Danish hospital departments? HVNEGAARD A, RENDT JN, STREET A, Gyrd-HANSEN D, The European journal of health economics, VOL 12 N°6, December 2011.

Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030, Dossiers solidarités et santé, Vol n°4, 2008, DREES.

Vieillesse et dépenses de santé, Brigitte DORMONT, Conférence au Collège de France, Octobre 2010.

3. RAPPORTS DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

CUBAYNES Marie-Hélène, NOURY Didier, DAHAN Muriel, FALIP Hélène. : Le circuit du médicament à l'hôpital. Novembre 2011

SCHECHTER François, DELNATTE Jean-Claude : Pratiques de la comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé. Avril 2011.

BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain : L'information des usagers sur la qualité des soins dans les établissements de santé. Septembre 2010

ZEGGAR Hayet, VALLET Guy, TERCRIE Oriane : Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Mai 2010

BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles : Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Janvier 2010

LALANDE Françoise, VEBER Olivier : La mort à l'hôpital. Janvier 2010.

MOUNIER Céline, YAHIEL Michel : Quelle formation pour les cadres hospitaliers ? Novembre 2010

BRETON Thierry, LANNELONGUE Christophe, LEOST Hervé : Contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la TAA. Mars 2008.

PICARD Sylvain, LEGRAND Patrice : la chirurgie cardiaque à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Octobre 2011.

BOCQUET Pierre-Yves, BONNET Jean-Louis, LALANDE Françoise, SCOTTON Claire : Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? Mars 2012.

BRUANT-BISSON Anne, CASTEL Paul, PLANEL Maurice-Pierre : Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, mars 2012.

4. AUTRES RAPPORTS

4.1. Assemblée nationale

Rapport de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux. Psdt M. Claude BARTOLONE ; M. Jean-Pierre GORGES ; députés. 6 décembre 2011

Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner. M. Jean MALLOT, député Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale 26 mai 2010

4.2. Sénat

Pour une gestion responsable de l'hôpital. MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU sénateurs.
Mission de contrôle de la sécurité sociale 18 juin 2008

4.3. Cour des comptes

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010. Chapitre XI : la situation financière des hôpitaux publics.

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009. Chapitre VI : Plan hôpital 2007: la relance des investissements immobiliers. Chapitre V : l'organisation de l'hôpital.

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009. Chapitre IV : la fiabilité des comptes des hôpitaux.

Rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale pour 2012.

Rapport public février 2012.

4.4. Chambres régionales des comptes

Les rapports d'observations définitives des chambres régionales des comptes concernant les centres hospitaliers et universitaires et les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers spécialisés, pour les exercices 2009,2010, 2011.

Voir notamment le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France sur le centre hospitalier de Longjumeau (notif 14 octobre 2010) et le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Poitou-Charentes sur le centre hospitalier de La Rochelle (notif 29 juin 2010)

4.5. Haute autorité de santé

Manuel de certification des établissements de santé V2010 Avril 2011

Rapports de certification des établissements, notamment :

- CH Longjumeau Rapport de certification V2010 :2010-5850 juillet 2010.
- CH La Rochelle Rapport de certification V 2010 actualisé 2011-5946 : octobre 2011
- CH d'Arcachon-Hôpital Jean Hameau. Rapport de certification V2-5351 octobre 2009
- CHU de Toulouse quatre rapports de site un rapport d'ensemble V2-5378 septembre 2009
- CH Laval V2-4981 septembre 2010

4.6. Haut comité de santé publique

La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Novembre 2008.

4.7. Autres

Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé 24 janvier 2011 Danielle TOUPILLIER directrice générale du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH, Michel YAHIEL inspecteur général des affaires sociales, président de l'association nationale des directeurs des ressources humaines(ANDRH)

Note sur la situation des établissements de santé, avril 2009, HCAAM, p129

Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières/mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières, juillet 2011. DGOS.

Rapport sur l'exercice médical à l'hôpital, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers, septembre 2011

L'état de santé de la population en France-suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-rapport 2011

Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, avis n°101 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, juin 2007

Rapport de la mission « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » présenté par Nicolas BRUN, Emmanuel HIRSCH, Joëlle KIVITS. Janvier 2011

5. RECUEIL DE TEXTES ; CIRCULAIRES ; GUIDES

5.1. Agence nationale d'amélioration de la performance(ANAP)

Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles MEAH février 2009

Informatisation du circuit du médicament. Mise à jour 25/10/2011

Guide d'indicateurs : optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière MEAH septembre 2009

Répertoire des indicateurs de l'ANAP : piloter l'activité, mesurer l'efficacité. Mise à jour 25/10/2011

La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : MEAH avril 2008

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles observées MEAH septembre 2006

Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil de pratiques observées avril 2011

Achats hospitaliers : démarches et pratiques organisationnelles. Mise à jour 25/10/2011

Gestion du temps de travail des soignants, MEAH2009 et Outil-Calculer les effectifs requis par métier au regard des variations d'effectifs sur une année, ANAP, novembre 2010.

Synthèse du bilan H2007, aout 2009. ANAP préfiguration.

Observatoire des coûts de construction, ANAP, juillet 2011

Rapport de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, MEAH, juin 2007

5.2. GMSIH

Guide d'évaluation du retour sur investissement V2, aout 2008.

5.3. DHOS ; DGOS

Circulaire DHOS/F n°2003-139 du 20 mars 2003 relative au plan d'investissement national »Hôpital 2007 «.

Circulaire DHOS/F2/2007/248 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan H2012

5.4. *Autres*

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, Livre des plans nationaux de santé publique, édition 2011.

Note d'analyse de la situation financière à fin 2010 des établissements de santé antérieurement sous dotation globale hors AP-HP, ATIH.