



Inspection générale  
des finances

n° 2006-M-081-02

Inspection générale  
des affaires sociales

n° RM2007-018P

## Mission d'audit de modernisation

# Rapport

sur

## les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières

Etabli par

**Patrick BLANC**

Inspecteur des finances

**Agathe DENECHERE**

Inspectrice des affaires sociales

**Amélie VERDIER**

Inspectrice des finances

**Gilles DUHAMEL**

Inspecteur général  
des affaires sociales

- AVRIL 2007 -

# LES AGENCES REGIONALES D'HOSPITALISATION ET LE PILOTAGE DES DEPENSES HOSPITALIERES

Constats

Ministère de la santé et des solidarités

## 1. Cadre de l'audit

- Les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées de la définition de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers et de la tutelle des établissements de santé. Elles participent à la fonction de pilotage des établissements, exercée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).
- Un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité (T2A) selon des critères objectifs d'activité a été mis en place.
- La mission a étudié les possibilités :
  - ✓ de donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité hospitalière ;
  - ✓ d'améliorer le fonctionnement collectif des ARH et de leur réseau.

## 2. Difficultés constatées

- Les ARH ne disposent à ce jour ni de référentiels communs avec les établissements pour le suivi de la performance, ni d'outils nationaux d'aide à la décision, ni d'analyse structurée des causes des différences observées sur les coûts entre les établissements de l'échelle nationale de coûts (ENC) ou sur les durées moyennes de séjour (DMS) dans l'ensemble des établissements.
- Des limites importantes à l'action des ARH vis-à-vis des établissements en matière de performance et d'efficacité.
- Les ARH ne conçoivent pas leur mission au quotidien en fonction de l'amélioration de la performance hospitalière.
- La politique menée par la DHOS en matière d'amélioration de la performance et de l'efficacité n'est pas perçue comme une priorité. Les structures qui s'intéressent à la traduction concrète de la performance et de l'efficacité sont extérieures à la DHOS.

MINEFI - DGME - 2007

# LES AGENCES REGIONALES D'HOSPITALISATION ET LE PILOTAGE DES DEPENSES HOSPITALIERES

Propositions

Ministère de la santé et des solidarités

## 3. Recommandations

- Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière en imposant la généralisation de la mesure de la performance, en mettant à la disposition des ARH des outils de pilotage et en développant l'analyse de la performance aux niveaux national et régional.
  - ✓ développer les analyses médico-économiques et financières et généraliser la comptabilité analytique
  - ✓ développer les analyses de la qualité
  - ✓ mettre en place des tableaux de bord permettant de suivre la performance régionale.
- Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH et donner des objectifs de performances, développer une politique régionale sur le retour à l'équilibre financier des établissements.
- Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière financière et budgétaire, en permettant plus de flexibilité de leurs moyens et en développant les outils d'analyse des états prévisionnels des recettes et des dépenses.
- Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière à travers les contrats d'objectifs et les lettres de mission, qui devraient plus impliquer la direction de la sécurité sociale (DSS).
- Impliquer les ARH dans la généralisation des travaux de la mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH).
- Mutualiser les expériences entre régions.
- Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition des agents des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et en renforçant la collaboration avec le Trésor public.

## 4. Impacts attendus et échéances

- Renforcement du pilotage des ARH, meilleure diffusion des bonnes pratiques
- Meilleure utilisation des systèmes d'information : mise à disposition de l'outil Parthage et développement du projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière).
- Meilleure prise en compte de critères objectifs dans la contractualisation.

MINEFI - DGME - 2007

# Rapport

# INTRODUCTION (1/3)

## ■ Contexte de la mission

### 1. La mise en place de la tarification à l'activité

■ L'hôpital a connu depuis 5 ans un nombre très important de réformes, dont la mise en place **d'un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité (T2A)** en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), mis à œuvre progressivement (à hauteur de 50% en 2007).

■ La T2A introduit un financement selon des critères objectifs d'activité, **en appliquant des tarifs issus de coûts observés au nombre de séjours réalisés** et en fonction de groupes de séjours homogènes au plan médico-économique (les GHS – il y en a 771 dans la dernière version du PMSI). La T2A fait ainsi apparaître des « gagnants » et des « perdants », par rapport à l'ancien système de financement par dotation globale (établissements publics et PSPH). Le financement par les tarifs portera à terme sur environ 60 % de la dépense hospitalière totale (qui s'élève à 67 Md€ en 2005).

- Au niveau d'un établissement, la T2A doit induire une **responsabilisation sur les coûts** et le développement d'outils de comptabilité analytique
- À un niveau plus global, le système appelle une **régulation** par la performance car il est potentiellement inflationniste (cf. tarifs définis en fonction d'un coût moyen, croissance forte des dépenses hors tarifs en MCO, évolution très dynamique de l'activité dans les cliniques, aide systématique apportée aux établissements « perdants », etc.).

### 2. L'ARH, un acteur central dans la gouvernance hospitalière, dont le rôle évolue

■ Créées en 1996 pour recomposer l'offre de soins et allouer les moyens des établissements publics, les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées de

➢ la définition de la **politique régionale d'offre de soins hospitaliers**

➢ la **tutelle** des établissements de santé (article L. 6115-1 du code de la santé publique) – la tutelle peut se définir comme l'encadrement général et le contrôle de établissements

➢ elles participent à la fonction de **pilotage** des établissements, exercée par la DHOS, que l'on peut définir comme la détermination (DHOS) et le suivi (ARH pour une large part) des objectifs et des politiques publiques mises en œuvre par les établissements de santé.

■ Placées sous la responsabilité d'un directeur (DARH) nommé par décret en conseil des ministres, les ARH sont de petites équipes (de 6 à 20 agents) appuyées sur un réseau assurance-maladie et DRASS / DDASS représenté au sein de la commission exécutive (COMEX).

■ Les ARH ont été largement chargées de la mise en place des réformes hospitalières récentes, qui conduisent en partie à redéfinir leurs missions, notamment celle d'allocation des ressources : la T2A a en effet induit une recentralisation de la fonction financière (définition nationale des tarifs, réduction de la marge de manœuvre d'ajustement des ARH), tout en renforçant le besoin d'un suivi de la performance et de l'efficacité hospitalières.

## INTRODUCTION (2/3)

### ■ Cadre d'intervention et objectifs de la mission

- L'audit intervient à la demande de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), pour appuyer une démarche de promotion de la performance et de l'efficience hospitalières en cours de définition.
- La mission n'a ainsi pas conduit une réflexion d'ensemble sur la gouvernance de la dépense hospitalière ou sur la répartition institutionnelle des rôles entre l'État et assurance-maladie :
  - ❖ elle a concentré ses travaux sur l'identification des outils et des leviers à la dispositions des ARH
  - ❖ elle est partie du principe que l'on souhaitait **conforter la place des ARH dans la gouvernance hospitalière** mais n'a pas étudié les évolutions possibles de son périmètre d'intervention (cf. hypothèse d'agences régionales de santé – ARS).
- Les axes de travail retenus :
  - ❖ Déterminer les outils et les indicateurs (existants / utilisés / manquants) permettant aux ARH d'évaluer la performance et l'efficience hospitalières
  - ❖ Identifier les leviers dont les ARH disposent vis-à-vis des établissements pour améliorer la performance et l'efficience hospitalières
  - ❖ Identifier les bonnes pratiques en région et les modalités d'extension ou de généralisation
  - ❖ Examiner à cette aune le pilotage par la DHOS des ARH et le fonctionnement du réseau.

### ■ Définitions : performance et efficience hospitalières

- Des concepts nouveaux présents dans de nombreux textes (non normatifs) mais pas toujours définis
- Approche générale : la performance recouvre à la fois **l'efficacité** socio-économique (la prestation de soins répond-elle aux besoins de santé, est-elle apportée au standard de qualité attendu ?), **l'efficience** (la réalisation du service se fait-elle au moindre coût ?) et **la qualité de service**, soit en matière hospitalière l'accessibilité des soins, les délais d'attente, etc.
- Bien que les liens entre qualité, coûts et organisation soient difficilement modélisables, il existe une relation étroite entre qualité et organisation ; et optimiser l'organisation au sein des établissements permet des réductions de coûts ; **efficacité économique et efficacité médicale et sanitaire sont ainsi complémentaires l'une de l'autre** (cf. annexe III).
- La performance hospitalière se mesure à plusieurs niveaux :
  - Au niveau d'un établissement de santé, établissement doté d'une autonomie, qui doit répondre à une partie des besoins de santé du territoire qu'il dessert
  - Au niveau d'un territoire de santé (défini dans les schémas régionaux d'organisation des soins – SROS) ou d'une région, car c'est à ce niveau que l'on vise une offre de soins complète (à l'exception de quelques prises en charge organisées au niveau interrégional - grands brûlés par exemple)
  - Au niveau national (niveau de définition de la politique de santé et d'allocation des moyens, respect de l'ONDAM).
- La recherche de la performance et de l'efficience hospitalières passe donc par l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation.

# INTRODUCTION (3/3)

## ■ Méthode adoptée

- Rencontre des acteurs centraux :
  - DHOS et ses « satellites » agences et missions (mission d'expertise et d'audit hospitaliers – MEAH, agence technique de l'information sur l'hospitalisation – ATIH, mission T2A – MT2A, etc.)
  - Haute autorité de santé (HAS)
  - direction de la sécurité sociale (DSS)
  - CNAM-TS
  - MINEFI (DB, DGCP)
- Déplacement dans 5 régions (Rhône-Alpes, Bourgogne, Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes) aux profils diversifiés pendant 3 jours chacune ; rencontre de 13 établissements hospitaliers dont 3 CHU et une clinique, contacts avec l'AP-HP.
- Analyse des travaux DHOS et des données disponibles :
  - recensement des outils existants (bases de données, SI)
  - étude des outils de pilotage DHOS-ARH et ARH-établissements
  - étude des travaux de la MEAH sur la performance de l'organisation hospitalière
  - étude des grandes caractéristiques de l'échelle nationale de coûts (ENC – établie à partir d'une enquête annuelle dans une cinquantaine d'établissements qui communiquent leurs coûts au niveau du GHS; cette enquête sert de base à la fixation des tarifs de la T2A).
- Présentation intermédiaire des travaux le 19/12/2006 et choix d'axer le rapport sur les propositions (validation par le secrétariat général des ministères sociaux et la DHOS), développant l'idée que **l'amélioration de la performance et de l'efficacité hospitalières doivent être au cœur de la mission des ARH, qui évolue de la tutelle vers le pilotage.**
- Test des propositions auprès de certains acteurs : notamment un directeur d'ARH, la MEAH.
- **2 idées forces** pour faire de l'amélioration de la performance et de l'efficacité hospitalières une politique plus affirmée du ministère de la santé :
  - **donner les moyens aux ARH de piloter la performance hospitalière**
  - **améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH d'une part, du réseau de chaque ARH d'autre part.**
- **9 annexes détaillées** - elles sont articulées en constats et propositions et contiennent des exemples de bonnes pratiques généralisables (tableaux descriptifs joints aux annexes) :
  - 4 annexes portent sur les modalités de pilotage de la performance et de l'efficacité (annexes I à IV : outils existants et utilisés par les ARH, prise en compte de la qualité dans la mesure de la performance, propositions de tableaux de bord pour les ARH et analyse des données de l'échelle nationale de coût)
  - 2 annexes portent sur des vecteurs essentiels de l'action des ARH vis-à-vis des établissements, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats de retour à l'équilibre (CRE) (annexes V et VI)
  - 3 annexes portent sur les outils de pilotage dont dispose le ministère et en particulier la DHOS vis-à-vis des ARH : les contrats d'objectifs conclus avec les ARH, les lettres de mission données aux directeurs d'ARH et le fonctionnement du réseau des ARH (annexes VII à IX).

# PLAN DU RAPPORT

## **I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité**

- A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière
- B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH
- C. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière

## **II. Améliorer le fonctionnement collectif des ARH et de leur réseau**

- A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière
- B. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la MEAH
- C. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents
- D. Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition d'agents des DDASS et en renforçant la collaboration avec le Trésor public

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience

## 1ère partie : Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience

1. Les ARH ne disposent à ce jour ni de référentiels **communs** avec les établissements pour le suivi de la performance, ni d'outils nationaux d'**aide à la décision** (cf. annexe I ; outil en cours de développement), ni d'**analyse structurée** des causes des différences observées sur les coûts entre les établissements de l'ENC (cf. annexe IV) ou sur les durées moyennes de séjour (DMS) dans l'ensemble des établissements, malgré les travaux empiriques conduits par la MEAH et le nombre important d'indicateurs utilisés par le système hospitalier. La mission relève qu'un très grand nombre d'établissements font du développement de l'activité la solution principale à leurs difficultés financières, le cas échéant en pariant sur des gains de productivité liés au plus grand nombre d'actes ; la qualité, l'organisation de l'hôpital et maîtrise des coûts ne font le plus souvent pas l'objet d'une approche intégrée.

**2. La loi est claire sur le rôle des ARH (article L 6115-1 du code de la santé publique) et leur donne des moyens d'action importants sur les établissements**, à travers l'exercice de leurs compétences :

- ❖ la planification de l'offre de soins régionale et la définition des objectifs quantifiés d'activité, compétence qui inclut notamment une capacité d'initiative pour le directeur en matière de redéploiements, de coopération ou de fusion entre établissements
- ❖ le contrôle du fonctionnement des établissements
- ❖ l'allocation des ressources et l'approbation des budgets
- ❖ la compétence nouvellement dévolue au directeur d'évaluer les directeurs d'établissement (à l'exception des DG de CHU).

**3. On observe en pratique un certain affaiblissement** de la position des ARH vis-à-vis des établissements **et des limites importantes à leur action en matière de performance et d'efficience**

- ❖ *Des limites bien connues et structurelles* : l'ARH ne nomme pas les directeurs d'établissement et n'est qu'invitée au conseil d'administration des établissements publics, sans en être membre ; la recomposition hospitalière se heurte à des contraintes politiques liées à l'aménagement du territoire et à la pression des élus locaux, qui priment souvent sur les considérations de performance (qualité et sécurité des soins, efficience) ; des relations directes s'instaurent parfois entre le niveau local et le niveau national (DHOS et/ou cabinet du ministre) et des décisions nationales allouent souvent des moyens supplémentaires à des établissements en difficulté sous la pression de l'urgence et sans que les ARH prennent part à la décision.
- ❖ *Des limites plus récentes* : le développement de la T2A a, en théorie du moins (cf. *infra*), réduit leurs marges de manœuvre financières ; le développement d'une politique contractuelle par la DHOS accrédite l'idée d'un « partenariat » entre l'ARH et les établissements, qui critiquent l'absence de visibilité donnée sur les moyens dans ces contrats ; le thème de la performance organisationnelle est avant tout traité, malgré la création récente de postes de chargés de mission « efficience » en ARH, en relation directe avec le niveau national (MEAH, mission d'appui aux réformes – MAR – et conseillers généraux de santé, etc.).



# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité

## A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

Pour donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité, la mission propose ainsi de :

*A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière*, afin que les ARH disposent des outils nécessaires pour évaluer la performance et puissent effectuer des comparaisons,

*B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH*,

*C. Renforcer les leviers financiers des ARH*, afin qu'elles puissent mieux appuyer les établissements dans l'amélioration de la performance et de l'efficacité.

### A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

Ce premier axe des propositions porte sur la mesure de la performance et les conclusions à en tirer, c'est-à-dire le premier niveau du pilotage. La mission propose :

- d'imposer la généralisation de la mesure de la performance,
- de mettre à la disposition des ARH des outils de pilotage,
- de développer l'analyse de la performance aux niveaux national et régional.

#### **1. Imposer la généralisation de la mesure de la qualité et de l'efficacité**

Les connaissances actuelles sur la performance sont éparpillées ; les données consolidées au plan national sont centrées sur l'activité et la dépense. Il apparaît indispensable d'imposer la généralisation d'outils de mesure de la qualité et de l'efficacité, afin de permettre un pilotage efficace. Ceci ne peut se faire qu'à trois conditions au moins.

#### **1.1. La généralisation de la mesure suppose une action volontariste en matière de coûts**

La généralisation de la comptabilité analytique, au moins au niveau des sections d'analyse/unités fonctionnelles (services, pôles de l'hôpital) a déjà été demandée à plusieurs reprises sans être partout suivie d'effets. Elle doit maintenant être imposée et intégrée dans les CPOM liant les établissements aux ARH (cf. *infra* § I.B) et être **affichée par la DHOS comme une priorité**.

#### **1.2. La définition des données dont la mesure doit être systématisée doit être adaptée aux objectifs poursuivis**

Cette généralisation doit, pour être efficace, porter sur deux types de données :

- des données indispensables (sécurité) et/ou permettant de s'assurer du respect de dispositions réglementaires
- des données dont la mesure donne aux établissements une capacité d'action interne et/ou une information indispensable au pilotage de leur activité par les ARH, telles aujourd'hui les informations collectées dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La logique de la T2A serait de généraliser la comptabilité analytique au GHM (« à la pathologie ») pour comparer la performance des établissements entre eux.

Une telle généralisation suppose cependant :

- > un travail important d'homogénéisation des méthodes existantes (la part de coûts directs peut varier de quelques points de pourcentage pour un même GHM entre les établissements de l'échelle nationale de coûts) et éventuellement l'évolution de ces méthodes (les dépenses de personnel, qui représentent 70% de la dépense hospitalière, sont affectées de manière indirecte), ainsi qu'une réflexion sur les regroupements de GHM à effectuer pour disposer d'une information utilisable (cf. *infra*)
- > le déploiement de systèmes d'information complexes, liés à la réalisation préalable de chantiers en cours (dispensation nominative des médicaments, par exemple)

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience

## A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

- une certification, le cas échéant par l'ARH, des méthodes employées par les établissements, de manière à fiabiliser les résultats et rendre possible les comparaisons ; ces contrôles viendraient s'ajouter aux missions actuelles.

Aussi, dans le cadre de l'audit qui vise l'amélioration à court terme du contrôle de gestion, la mission recommande que la mesure des coûts repose dès à présent sur la comptabilité analytique des services et pôles hospitaliers, pour compléter les indicateurs de performance déjà existants : en effet, des écarts d'efficience très importants entre établissements sont d'ores et déjà repérables à travers la DMS, les indicateurs de productivité médico-économiques (IPME – position gagnante ou perdante de l'établissement en T2A), les indicateurs organisationnels définis par la MEAH et les données de comptabilité analytique à la structure ventilée dans le tableau coûts case mix (TCCM – cf. *infra*).

### 1.3 La DHOS doit procéder à une harmonisation des informations à mesurer pour faciliter le benchmark

Il existe aujourd'hui nombre d'enquêtes et d'indicateurs variés, qui ne font pas l'objet d'une approche d'ensemble. Il est essentiel de définir pour chaque indicateur retenu **la chaîne de collecte et de diffusion des résultats** de manière précise (et d'indiquer l'information à centraliser par les ARH).

■ En matière de **qualité** (cf. annexe II), la mission propose que la DHOS privilégie la généralisation des indicateurs du projet « *Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière* » (COMPAQH) au fur et à mesure de leur validation, selon un calendrier largement diffusé. A minima, il apparaît indispensable de généraliser dès maintenant :

- la démarche de gestion du risque
- la mesure des événements indésirables
- le suivi de la certification des établissements par la haute autorité de santé (HAS)
- la gestion informatisée des plaintes dans les établissements.

■ S'agissant de **l'efficience** hospitalière, la mission considère que la mesure de deux types de données doit être généralisée :

- ✓ Des données relatives aux **coûts**, à la pathologie pour les établissements en mesure de le faire (coût au GHM/ par catégorie définie selon la nomenclature OAP développée par l'AP-HP, qui regroupe les GHM) et par grands types de coûts de structure pour tous (plateau technique, masse salariale, etc.), de manière à généraliser l'usage des TCCM\*.
- ✓ Des données relatives à **l'efficience de l'organisation**, à partir d'une part de la durée moyenne de séjour (DMS) et d'autre part des répertoires d'indicateurs élaborés par la MEAH (taux d'occupation du bloc opératoire, etc. – cf. annexe V et *infra*).

### 1.4 Les ARH doivent se doter de tableaux de bord leur permettant de suivre la performance régionale

La DHOS souhaite plus impliquer les ARH dans le pilotage de la performance hospitalière. Cela implique que celles-ci se dotent :

- **D'un tableau de bord régional**
- **De tableaux de bord par établissement**

pour pouvoir se fixer des objectifs et effectuer des comparaisons. La mission propose (cf. annexe III) une trentaine d'indicateurs pour ces 2 tableaux de bord, regroupés en 4 catégories : activité et insertion des établissements dans leur environnement (y compris régulation de l'offre), équilibre financier ; efficience de l'organisation ; qualité.

Ces catégories visent à couvrir toutes les dimensions de la performance et à les relier aux fonctions classiques des ARH (planification de l'offre et allocations des moyens).

\* Le TCCM permet de comparer les coûts d'un établissement ou d'un service aux coûts d'un établissement virtuel, doté de la même activité PMSI, mais dont les coûts suivraient ceux des établissements de l'échelle nationale de coûts (ENC – groupe d'établissements calculant leurs coûts au GHM et servant de base aux tarifs T2A).

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité

## A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

Les indicateurs proposés sont tous disponibles, soit dans des bases de données existantes, soit dans les établissements, soit par recensement simple dans les ARH. Ils ont vocation à être enrichis en fonction de l'avancement des bases de données préconisées par la mission, notamment en matière de qualité et d'efficacité (coûts et organisation).

### 2. Mettre à la disposition des ARH des outils de pilotage utiles

Au vu des constats de la mission (cf. annexe I), deux types d'outils sont à développer au niveau national :

- *des bases de données*, aujourd'hui riches sur la connaissance de l'activité mais insuffisantes sur la qualité, la performance organisationnelle et les coûts, permettant aux ARH de situer la performance des établissements de leur région par rapport à une référence
- *des outils d'aide à la décision* rapprochant des données issues de plusieurs sources et permettant l'extraction automatique d'indicateurs de performance.

#### 2.1. Des bases de données nationales à constituer

Les bases proposées ci-dessous sont constituables sans délai ; il suffit de rassembler une information disponible sur un support maniable.

- En matière de qualité : la synthèse des réserves émises par la HAS et les résultats des indicateurs COMPAQH
- En matière d'efficacité organisationnelle : **les scores anonymisés obtenus par les établissements ayant participé aux chantiers MEAH** depuis 2003 sur l'ensemble des indicateurs mis en évidence par ses travaux (relatifs au bloc opératoire, aux urgences, à la productivité de l'imagerie, à la restauration, etc.), en les accompagnant des précisions méthodologiques de la MEAH

La MEAH conduit 3 types de chantiers : les chantiers pilotes font ensuite l'objet d'approfondissement, avant d'être déployés. Il serait souhaitable que la base présente les indicateurs issus des chantiers d'approfondissement et de déploiement (résultats portant sur un nombre d'établissements plus important et partant plus solides) séparément. Elle devrait être progressivement enrichie des résultats des chantiers en cours (cf. les chantiers pilotes retenus en 2007 : organisation des consultations externes, transport interne, etc.).

- En matière financière : dans un premier temps, il serait souhaitable de **constituer une base de données « Diagnostic Flash »**, recensant les valeurs prises pour les établissements testés dans ce cadre (cf. annexes I et VI – *cet outil ne comprend pas que des indicateurs financiers*) – une telle base permettrait aux ARH de disposer de valeurs de référence pour des établissements identifiés comme potentiellement en difficulté. La mission recommande également d'étudier la possibilité de **diffuser des données de coûts issues de l'ENC** (charges directes et indirectes, TCCM types, etc.) ;
- **La mise en place de ces bases pourrait être confiée à l'ATIH**, de manière à les intégrer aux outils d'aide à la décision en cours de développement (cf. *infra*). Compte tenu du plan de charge déjà lourd de cette structure, il est recommandé qu'elle soit alimentée directement par les structures concernées (HAS, MEAH, MAR) et ne se charge que de la standardisation et de la mise en ligne.

#### 2.2 Des outils d'aide à la décision à diffuser rapidement et dont les informations doivent être partagées

Des outils d'aide à la décision sont en cours de développement depuis 2004 (dans le cadre du projet PARHTAGE; cf. annexe I). À la date de la mission, seul était disponible le portail SIHNAT (qui rapproche les bases de données existantes, accessibles par établissement), récent et très peu utilisé, car il juxtapose les informations mais ne permet pas l'exploitation croisée.

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité

## A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

- SIHNAT pourrait être plus diffusé dans le réseau des ARH (DDASS notamment), qui n'a pas toujours accès aux bases correspondantes.
- L'outil PARTHAGE Décision, en projet, doit permettre des extractions et des traitements automatiques de bases de données, des requêtes multiples, etc. **La mission recommande que le déploiement soit accéléré et qu'il intègre les bases de données relatives à la qualité et à l'efficacité proposées supra.**
- Cet outil devrait permettre d'alimenter facilement les tableaux de bord des ARH (cf. supra § 1.4).
- **Les informations de PARTHAGE Décision devront être partagées avec les établissements**, afin qu'une base commune pré-définie permette la comparaison et l'évaluation de la performance (dans les CPOM, les éventuels contrats de retour à l'équilibre, etc. – ce n'est aujourd'hui pas le cas en dehors du PMSI).

### 3. Développer l'analyse de la performance aux plans national et régional

La performance hospitalière doit impérativement **faire l'objet d'études plus précises** sur les écarts constatés entre établissements, voire entre régions. Celles-ci relèvent en majorité du niveau national, mais devraient dans certains cas être conduites au plan régional.

#### 3.1. Développer les analyses médico-économiques et financières

Les écarts d'efficacité sont très importants entre établissements (par exemple, entre les établissements de l'ENC, l'écart-type est supérieur à 50% de la moyenne pour 8 des 10 GHM les plus coûteux ; on observe une dispersion comparable des DMS, cf. annexe IV). Ces écarts d'efficacité peuvent aujourd'hui être mesurés par la DMS ou des indicateurs organisationnels, mais ne sont pas expliqués et documentés.

La mission propose les études suivantes au niveau national :

- Étude de la pertinence de la nomenclature OAP de l'AP-HP en analysant les résultats agrégés de DMS et examen de l'application au TCCM,
- Analyse sur plusieurs années des GHM réalisant le plus grand nombre de séjours et, au vu des écarts constatés **en DMS, étude des causes** sur un nombre ciblé de GHM,
- **Enquête sur la dispersion des DMS à partir des travaux de la MEAH** (pour évaluer l'impact potentiel des réorganisations qu'elle initie),
- Au sein de l'ENC pour les GHM les plus coûteux : **analyse des causes des dispersions de coûts**, en répartissant le poids des coûts directs et indirects ; étudier les cas pour lesquels le lien entre coût et DMS paraît le plus distendu.

Au niveau régional :

- **Conduire des études médico-économiques**, par exemple sur l'inadéquation de la prise en charge (menées de manière ponctuelle dans certaines régions, à développer et systématiser)
- Engager avec les établissements volontaires et ceux ayant contractualisé sur ce thème (notamment dans le cadre de contrat de retour à l'équilibre, cf. *infra* § B.2) **le recueil des indicateurs MEAH** issus des chantiers d'approfondissement et de déploiement et structurer des groupes de travail
- Poursuivre les travaux lancés à l'initiative d'ARH, par exemple sur le coût du cancer ou de la cardiologie dans une région, en croisant les données État et assurance-maladie, de manière à développer une vision transversale.

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité :

## B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH

### 3. 2. Développer les analyses de la qualité

En sus de la généralisation des indicateurs validés, l'effort de recherche doit être poursuivi, notamment pour :

- chercher à comprendre les différences de qualité observées entre établissements dans le but de les réduire
- mieux appréhender les modes d'utilisation possibles des indicateurs de qualité et notamment les avantages et inconvénients d'une diffusion publique de l'information par l'intermédiaire de classements et ceux d'une incitation économique fondée sur les résultats de ces mesures
- développer d'autres indicateurs plus spécifiques sur certaines pathologies ou sur certains types d'établissements (centres de lutte contre le cancer, soins de suite et de réadaptation – SSR, psychiatrie – PSY), et ainsi mieux évaluer le service rendu aux personnes malades.

## B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH

L'implication directe des ARH dans le pilotage de la performance des établissements implique qu'elles soient plus exigeantes dans les contrats signés avec eux (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM, contrats de retour à l'équilibre – CRE, contrat de bon usage du médicament – CBUM), afin d'en faire de véritables leviers d'amélioration de la performance.

La mission propose :

- Que l'équilibre contractuel soit revu en s'inspirant des modèles développés par certaines ARH dynamiques, afin que les CPOM comprennent des objectifs opposables sur le niveau de performance attendu des établissements,
- Que le recours aux contrats de retour à l'équilibre fasse l'objet d'une formalisation au niveau régional,
- Que dans le cas des contrats de bon usage du médicament, la DHOS encourage le *scoring* et décide de la mise en œuvre effective de la modulation du remboursement des molécules onéreuses.

### 1. Se servir des bons exemples pour généraliser un modèle de contrat plus exigeant et affirmer l'importance du CPOM

Les ARH peuvent s'appuyer sur les bonnes pratiques identifiées par la mission (cf. annexe V) pour développer, le cas échéant par avenant, des modèles de CPOM plus exigeants. La mission préconise qu'un modèle national soit élaboré par un groupe de travail réuni au niveau national (cf. sur ce point *infra* § II.C).

#### ■ L'ARH peut négocier dans tous les cas avec les établissements :

- sur l'aide apportée aux « perdants » T2A,
- sur l'utilisation des ressources nouvelles apportées par la T2A pour les établissements « gagnants »
- sur les crédits hors tarifs (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC, dotation annuelle complémentaire – DAC - attribuée jusqu'à ce qu'on atteigne le 100% T2A)
- sur la possible modulation de dotation en PSY et SSR (ces derniers pouvant avoir d'ailleurs une activité MCO)
- sur le CBUM (cf. *infra*).

Elle doit mettre en avant cet apport pour densifier le contrat et prévoir une évaluation contradictoire à partir d'indicateurs de suivi homogènes au sein de la région.

#### ■ Renforcer le poids des engagements des établissements dans les contrats

- Conditionner le maintien de situations dérogatoires (notamment pour des motifs d'aménagement du territoire) dans la fixation des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) à des indicateurs de performance (sécurité en premier lieu, qualité, maîtrise des coûts),
- Inclure et mesurer des indicateurs de productivité de l'organisation du type de ceux développés par la MEAH sur les thèmes : imagerie, urgences, bloc opératoire (cf. annexe V sur les CPOM),

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité :

## B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH

- Donner des valeurs de référence pour ces indicateurs, comme le font certaines régions (Rhône-Alpes) et le généraliser sur les indicateurs MEAH,
- Conditionner le soutien de l'ARH à la mise en place et à l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique, au minimum de structure (tomes 1 et 2 du guide méthodologique) et de TCCM.

Le décret prévoit n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux CPOM prévoit la possibilité de sanctions (mise en demeure, suspension et résiliation du contrat, sanctions financières) en cas de non respect des dispositions contractuelles.

■ **Une clarification réglementaire pourrait par ailleurs subordonner le projet d'établissement au CPOM.** Les deux textes sont aujourd'hui juridiquement sur le même plan : lorsque le projet d'établissement a été élaboré en 2006, il est très difficile pour les ARH d'imposer dans le CPOM de nouveaux objectifs de performance.

■ La mission souligne que certaines de ses recommandations (mise en œuvre de la comptabilité analytique, diagnostic sur la base des méthodes définies par la MEAH, suivi des indicateurs de qualité) peuvent être mises en œuvre indépendamment des CPOM. La passation d'avenants doit également être l'occasion d'un renforcement du contenu des contrats.

### 2. Développer une politique régionale sur le recours au contrat de retour à l'équilibre, au contenu plus strict (cf. annexe VI)

■ La mission préconise qu'une action systématique de l'ARH soit entreprise dès lors qu'un EPRD est exécuté en déséquilibre.

■ Si le contrat de retour à l'équilibre n'a pas d'existence juridique propre, il serait souhaitable que les ARH **formalisent en région les conditions de recours à ce type de contrat**, en incluant par exemple des délais de signature à respecter pour bénéficier d'une aide de l'ARH (afin d'éviter les situations de signature trop tardives pour être contraignantes).

■ **Le niveau d'exigence** en matière d'indicateurs de performance doit être plus élevé que dans le CPOM et inclure notamment :

- La mise en place rapide d'outils fins de connaissance des coûts et l'identification des facteurs de déficit,
- Le lancement de chantiers d'organisation sur les thèmes identifiés comme prioritaires à partir des travaux MEAH et la fixation d'objectifs ciblés à partir des valeurs de référence,
- Une évaluation précise des coûts des investissements envisagés et de leur impact sur l'organisation, incluant un réexamen de la pertinence du calendrier, le cas échéant,
- Un examen des réorganisations/coopérations envisageables au sein du territoire de santé (en application de l'article L. 6143-15 du code de la santé publique).

■ Toute aide financière doit être strictement subordonnée à la réalisation d'un diagnostic précis et contradictoire sur les facteurs de déficit et à la mise en œuvre des mesures correctrices.

■ Pour améliorer l'implication des acteurs, la mission suggère qu'un lien systématique soit fait entre l'avancement du CRE et l'évaluation du directeur de l'établissement réalisée par le DARH et intégrée à la grille nationale dont l'élaboration est attendue. Dans certains cas, l'adoption du contrat de retour à l'équilibre par le conseil d'administration de l'établissement devrait être recherchée.

### 3. Développer le scoring sur les CBUM et mettre en œuvre la modulation du remboursement des molécules onéreuses

Les CBUM permettent, à travers la mise en place d'un circuit du médicament et d'une dispensation nominative, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, mais également de mieux contrôler les coûts.

■ La mission propose de **généraliser l'évaluation systématique des contrats** à partir d'une grille régionale (*scoring*) sur la base des démarches existantes dans plusieurs ARH, afin d'évaluer les progrès de mise en œuvre par les établissements.

# I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité :

## C. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière

■ **Le suivi de la consommation des molécules onéreuses** (molécules pour lesquelles l'établissement est financé en sus de la T2A, aujourd'hui à hauteur de 100% du prix de référence – la dépense de molécules onéreuses augmente en moyenne de 20% par an) devrait être intégré à cette évaluation.

■ Pour que l'évaluation soit crédible, le ministère (DHOS et DSS) doit, conjointement avec la CNAM-TS, **décider la mise en œuvre de la modulation** prévue par le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au CBUM (non appliquée en 2006 malgré les initiatives de certaines ARH).

### C. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière

#### 1. Définir de manière plus stable les marges de manœuvre contractuelles allouées aux ARH

Il serait souhaitable, au sein de la part hors T2A, de rationaliser les moyens dont l'ARH peut disposer pour aider les établissements à améliorer leur efficacité. Une stricte conditionnalité sur ces moyens devrait être mise en œuvre dans le cadre contractuel.

■ **La mission propose de renforcer la part des crédits d'aide à la contractualisation (AC) dans l'enveloppe dont disposent les ARH.**

La pratique actuelle (2006) consiste à dégager des moyens complémentaires pour les établissements en toute fin d'année, au vu de l'exécution, et de les attribuer dans des conditions ne permettant pas la prise en compte de critères d'efficacité (délégation aux ARH d'allocations fléchées, dans l'urgence et hors de tout cadre contractuel).

■ La mission recommande que soient dégagées des marges de manœuvre régionales en début de période, annoncées à l'avance et permettant la mise en œuvre d'une véritable politique régionale d'attribution des crédits, en fonction de critères d'efficacité ou d'efforts d'organisation.

■ **Elle propose également la fongibilité de ces crédits avec les enveloppes allouées au titre des plans de santé publique**, qui sont de facto déjà utilisés comme marge de manœuvre régionale en fonction des besoins locaux.

■ **Une part de ces crédits devrait servir à financer l'intervention dans les établissements de consultants externes** chargés de mener des audits organisationnels sur la base des méthodes élaborées par la MEAH, pour des établissements en difficultés.

#### 2. Engager une démarche d'évaluation des missions d'intérêt général sur les moyens engagés, les indicateurs de performance pertinents et les résultats obtenus

La mission recommande qu'une démarche d'évaluation des missions d'intérêt général (MIG) soit engagée par la DHOS. Cette évaluation doit permettre :

- d'identifier les moyens réellement engagés par les établissements au titre des MIG
- de définir des indicateurs de performance pertinents
- d'évaluer les résultats obtenus pour ces missions.

Un groupe de travail référent s'appuyant sur des représentants d'ARH pourrait être chargé de la démarche (cf. *infra* § II.D). Il pourrait par exemple s'appuyer sur les méthodes d'audit élaborées par certaines régions pour évaluer l'usage des crédits des plans de santé publique (par exemple sur les crédits « urgences » en Rhône-Alpes).

## • Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficacité :

### C. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière

#### 3. Développer les outils d'analyse de l'EPRD

Les ARH sont chargées de l'approbation des états prévisionnels des recettes et des dépenses - EPRD- des établissements (mission effectuée par les agents des DDASS). Elles doivent notamment s'assurer que les dépenses prévues sont compatibles avec la prévision de recettes (effectuée en fonction de projections d'activité et des tarifs de l'année) ; les ARH peuvent exiger la modification de l'EPRD, lorsque celui n'apparaît pas soutenable (cf. exemple rencontré par la mission : refus d'un EPRD induisant des recrutements non justifiés par l'évolution de l'activité).

Pour que ce levier soit effectif, il est impératif que les ARH disposent des outils d'analyse nécessaires.

■ La mission préconise **le développement et la mise à disposition des ARH d'un outil d'analyse des EPRD**. Il s'agit notamment de :

- définir une piste d'audit (méthodologie d'analyse)
- éditer automatiquement les ratios nécessaires (en croisant les données, mettant à disposition des fourchettes de référence et proposant des éléments de benchmark)
- permettre l'analyse des données relatives aux emplois et à la masse salariale, afin de pouvoir refuser le cas échéant les créations d'emplois non étayées.

Certaines ARH ont développé de tels outils d'analyse (cf. annexe I), qui devraient être généralisés, le cas échéant sous une forme simplifiée permettant de les rendre utilisables par tous.

#### 4. Soutenir les ARH souhaitant aller jusqu'à l'administration provisoire dans les situations les plus dégradées

De nouvelles dispositions ont été introduites dans le code de la santé publique pour renforcer les pouvoirs du directeur de l'ARH vis-à-vis d'établissements publics à la situation financière très dégradée. Il peut :

- demander au conseil d'administration l'adoption d'un plan de redressement lorsque la situation l'exige (art. L. 6143-3 du code de la santé publique)
- à défaut de plan de redressement et si la situation se dégrade dans des conditions prévues par le décret du 10 janvier 2007, saisir la chambre régionale des comptes pour évaluation de la situation et proposition de mesures de redressement (art. L. 6143-3)
- à défaut de mise en œuvre des recommandations de la chambre, placer l'établissement sous administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé (article L. 6143-3-1) ;
- à l'issue de la période d'administration provisoire, proposer un rapprochement avec un autre hôpital.

Cette procédure offre une gamme de moyens gradués et tangibles, de nature à favoriser l'adoption de mesures de redressement. Leur mise en œuvre doit être rendue possible pour les établissements posant des problèmes récurrents et d'ores et déjà connus des ARH.

Une telle action suppose le soutien de la DHOS, voire du ministre, pour que la position des ARH soit crédible.



## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### 2<sup>ème</sup> partie : Améliorer le fonctionnement collectif des ARH et de leur réseau

Cette deuxième partie présente les propositions relatives au fonctionnement d'ensemble des ARH, à leur pilotage par la DHOS et au fonctionnement du réseau des ARH.

La mission a constaté que :

- les ARH ne conçoivent pas leur mission au quotidien en fonction de l'amélioration de la performance hospitalière, comprise dans certains cas comme la maîtrise des dépenses et dans d'autres comme la mise en place de l'offre de soins la plus large possible,
- la politique menée par la DHOS en matière d'amélioration de la performance et de l'efficacité n'est pas perçue comme une priorité, en particulier dans les établissements qui estiment avant tout que la T2A vise à renforcer leur autonomie financière,
- les structures qui s'intéressent à la traduction concrète de la performance et de l'efficacité sont extérieures à la DHOS bien que liées à elle à des degrés divers (MEAH, GMSIH etc.).

Elle relève par ailleurs :

- des difficultés de fonctionnement du réseau État dans 2 au moins des 5 régions visitées,
- des inégalités relatives de moyens et en pratique de compétences techniques entre ARH,
- des relations avec le Trésor public inégales, conduisant à une sous-utilisation de l'information disponible.

Aussi, elle retient 4 axes de propositions pour améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau :

- A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière
- B. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la MEAH
- C. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents
- D. Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition d'agents des DDASS et en renforçant la collaboration avec le Trésor public

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### A. Recentrer la mission des ARH sur la performance

#### A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière

Pour que l'amélioration de la performance devienne un élément central du pilotage hospitalier, il importe que :

- les objectifs définis au niveau national intègrent mieux l'amélioration de la performance hospitalière
- les objectifs fixés aux ARH soient structurés autour de la performance
- L'ensemble du ministère de la santé et notamment la DSS soit associé à la définition des objectifs des ARH.

##### **1. Les objectifs nationaux existants, assez globaux et généraux, doivent être explicités et systématisés**

Les objectifs et indicateurs nationaux existants donnent un cadre à la performance hospitalière, mais celui-ci est en partie incomplet :

- Le projet annuel de performance (PAP) du programme 171, Offre de soins et qualité du système de soins, comporte 5 objectifs assignés aux ARH, qui incluent des éléments relatifs à la performance (cf. « favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières »), mais est **peu ambitieux sur les indicateurs associés**, considérant que les ARH n'agissent pas directement sur la performance hospitalière
- Le projet de programme de qualité et d'efficacité (PQE) de la branche « maladie » (obligatoire en annexe du PLFSS 2008 – projet joint au PLFSS 2007) prévoit notamment d'« améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins » et de « renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ».

Cependant :

- ❖ Une partie seulement des indicateurs associés concerne l'hôpital (par exemple non concerné par l'objectif relatif au suivi du taux de croissance des dépenses de médicament et uniquement par un objectif de signature d'accords de maîtrise médicalisée)
- ❖ Les champs de la qualité et de l'efficacité sont loin d'être totalement couverts (voir annexe II pour la qualité)
- ❖ La mise en œuvre de ces objectifs, qui portent conjointement sur l'hôpital et la médecine de ville, relève de manière partagée de l'assurance-maladie et de l'État.

Il conviendrait de mieux articuler les deux textes et de s'assurer que :

- ✓ des objectifs relatifs à la performance et à l'efficacité des établissements de santé soient définis dans les PQE
- ✓ les objectifs fixés aux ARH en matière de pilotage de la performance puissent avoir une traduction concrète.

##### **2. Définir la mission des ARH en fonction de critères de performance hospitalière**

La DHOS utilise aujourd'hui deux supports pour définir les priorités des ARH, les contrats d'objectifs et les lettres de mission aux directeurs :

###### ■ Dans les contrats d'objectifs :

Les contrats d'objectifs établis entre la DHOS et les ARH sont aujourd'hui cohérents avec le PAP. Ils comportent en outre un objectif relatif à la qualité des soins. Cependant, ces contrats ne permettent pas de hiérarchiser correctement les priorités. De plus, aucun recoupement n'est effectué entre ces contrats et le PQE.

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### A. Recentrer la mission des ARH sur la performance

La mission recommande (cf. annexe VII) qu'à l'avenir les contrats d'objectifs :

➤ **s'articulent avec les objectifs définis par le POE de la branche maladie**

➤ **renforcent l'objectif d'amélioration de l'efficience hospitalière**, en mettant notamment l'accent

- sur un examen rigoureux de la soutenabilité des projets d'investissement,
- sur la mise en place de contrats de retour à l'équilibre dans les conditions développées supra (§ I.B.2)
- sur l'évaluation de la performance organisationnelle des établissements (en s'appuyant sur les travaux de la MEAH).

#### ■ Dans les lettres de mission

De la même manière, les lettres de mission aux directeurs d'ARH (cf. annexe VIII), qui doivent fixer des priorités et identifier les projets nécessitant une implication personnelle du directeur, doivent plus mettre l'accent sur l'amélioration de l'efficience des établissements :

- en termes d'objectifs (productivité des organisations, qualité des soins, maîtrise budgétaire)
- en termes de leviers (contractualisation, retour à l'équilibre notamment)
- lors de l'évaluation des directeurs d'établissement.

La définition d'indicateurs, aujourd'hui peu présents dans les lettres de mission, devrait permettre d'asseoir l'évaluation des directeurs d'ARH et objectiver l'attribution d'une part variable de rémunération.

La mission souligne enfin que, au vu du caractère aujourd'hui très hétérogène des lettres de mission, il conviendrait de motiver les DARH sur des actions nouvelles, le cas échéant inspirées des pratiques d'autres régions.

#### 3. Mieux associer la DSS au pilotage des ARH

Le pilotage des ARH est aujourd'hui assuré par la DHOS ; bien que les contrats d'objectifs soient signés par le ministre, la direction de la sécurité sociale (DSS) ne participe pas à l'animation de ce réseau. Or la politique d'efficience hospitalière est également portée par la DSS, compétente pour l'élaboration de la LFSS et du POE; celle-ci est en outre un interlocuteur privilégié de la CNAM-TS.

■ La mission propose donc d'**associer la DSS au pilotage des ARH, la DHOS restant chef de file**, notamment pour l'élaboration et la signature des contrats d'objectifs et des lettres de mission.

Il conviendra alors d'élaborer une position commune préalable et d'éviter de mettre en place un pilotage « partagé », qui risquerait de conduire les ARH à effectuer elle-même des arbitrages entre des priorités mal coordonnées ou trop nombreuses, voire contradictoires.

#### 4. Développer une méthode rigoureuse d'analyse des projets d'investissement

La mission a constaté un déficit d'analyse externe des projets d'investissement (cf. annexes V et VI notamment).

Dans l'optique du plan hôpital 2012 en projet, il est impératif de pouvoir adosser l'attribution des crédits d'investissement à une analyse rigoureuse de leur impact sur l'équilibre d'exploitation, ainsi qu'à l'identification des marges de productivité disponibles. Cette méthode suppose que les ARH jouent un rôle central.

■ C'est pourquoi il est recommandé d'engager rapidement, sur la base d'un travail conjoint entre la MEAH, la MAINH et les ARH, l'élaboration d'une méthodologie globale d'analyse de projet.

Celle-ci devra comprendre a minima :

- l'évaluation de la capacité d'autofinancement et l'impact de l'investissement sur la section d'exploitation,
- l'analyse des marges de productivité disponibles
- la prise en compte des évolutions organisationnelles envisagées.

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### B. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la MEAH

#### B. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la MEAH

##### 1. Associer les ARH au choix des établissements participant aux chantiers MEAH

■ Au vu des moyens limités existants, il apparaît nécessaire de permettre aux ARH d'écarter les « bons élèves » qui conduisent successivement plusieurs chantiers ou qui, s'appuyant sur une équipe de direction dynamique, engageront de toutes façons des travaux d'amélioration de l'organisation.

■ A contrario, les ARH pourraient **identifier des candidats qu'elles jugent prioritaires** (par exemple, dont la démarche de réorganisation a besoin d'un soutien externe, etc.).

##### 2. Mieux associer les ARH au choix des thèmes de travail et mieux diffuser les résultats

Pour 2007, la conférence des DARH avait proposé 4 thèmes, dont l'un prioritaire et consensuel parmi les DARH : seul ce dernier a été retenu (organisation des consultations externes). Sans se prononcer sur le bien-fondé des autres propositions, la mission relève que la MEAH n'est pas perçue par les ARH comme un « prestataire de services » mais plutôt comme un acteur extérieur. Elle travaille d'ailleurs avant tout pour les établissements.

La mission propose ainsi que :

■ les ARH soient mieux associées au choix des thèmes de travail de la MEAH, par exemple en définissant au moins l'un des chantiers pilote chaque année

■ la MEAH assure une meilleure diffusion aux ARH des résultats de ses travaux, en s'appuyant sur les nouveaux chargés de mission efficace.

##### 3. Mettre en œuvre une politique d'audit des établissements en difficulté sur la base des travaux de la MEAH

L'audit des établissements en difficulté reste à l'heure actuelle ponctuel (missions d'appui de la DHOS) et certaines ARH font part de difficultés à en utiliser les conclusions sur un plan opérationnel. Par ailleurs, les travaux de la MEAH restent insuffisamment connus et utilisés en ARH.

■ **La mission recommande le développement des opérations d'audit**, dont les modalités doivent être clairement définies, en ayant recours à des moyens proportionnés au besoin :

- en les menant en interne à l'ARH (à partir de l'outil diagnostic flash complété le cas échéant d'un audit conduit par des équipes mixtes ARH – Trésor public, cf. *infra* § II.B.D)
- en recourant à des auditeurs externes s'appuyant sur les méthodologies de la MEAH
- en recourant aux conseillers généraux des établissements de santé, de façon sélective et en fonction du diagnostic réalisé en région.

Ces audits pourraient, à terme et en fonction des résultats de l'expérimentation, s'appuyer sur la démarche de prestation d'audit global d'établissement, chantier en cours de définition par la MEAH.

Le projet MEAH visant à appuyer 8 ARH volontaires, pour mener auprès des établissements de leur région une mesure systématisée des indicateurs organisationnels qu'elle a définis, pourrait par ailleurs être soutenu et constituer l'expérimentation d'une démarche généralisée de benchmark des établissements.

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### C. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents

#### C. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents

##### *1. Au niveau des équipes rapprochées, une mutualisation entre régions proches doit être encouragée*

Certaines ARH n'atteignent pas, pour leur équipe rapprochée, la taille critique au vu de l'étendue et de la technicité de leurs missions (8 équipes rapprochées comprenant moins de 10 agents et 6 moins de 5 cadres, directeur compris – cf. annexe IX).

■ La mission recommande en ce cas le développement de **collaborations interrégionales** : appui réciproque (en fonction des compétences particulières des chargés de mission de la région), mise en place de groupes de travail interrégionaux, mutualisation de moyens (par exemple pour la mise en place d'équipes d'audit).

■ Cette collaboration doit être particulièrement développée pour la mise en place d'outils et la définition de méthodes au niveau des chargés de mission finances (cf. annexe IX).

##### *2. La mutualisation des expériences doit être favorisée par la DHOS*

■ La mission estime également souhaitable que l'outil Parhage Information soit utilisé pour **mettre à disposition de l'ensemble des ARH, en ligne, les documents élaborés par chacune d'entre elles** (fiches de procédures internes, supports de formation, guides méthodologiques, modèles de contrats ou documents synthétiques relatifs à l'élaboration du SROS, notes décrivant des retours d'expérience, etc., en s'inspirant par exemple du réseau santé environnement du ministère de la santé).

##### *3. L'association des ARH à l'élaboration d'outils doit être renforcée par la mise en place de groupes de travail référents*

Certaines ARH ont effectué un important travail méthodologique et / ou développé des outils performants (travaux méthodologiques réalisés par l'ARH Bretagne en matière de contractualisation avec les établissements, systèmes d'informations développés par l'ARH Île-de-France ou l'ARH Rhône-Alpes par exemple, cf. annexes I et V).

■ La mission recommande la mise en place de **groupes de travail référents** pour l'élaboration des outils diffusés aux ARH, ce qui permettrait de tirer les enseignements de ces expériences et de les mutualiser.

- Un premier groupe de travail pourrait être mis en place pour l'élaboration du modèle type de CPOM (ou des avenants à mettre en place après le 31 mars 2007)
- Un groupe pourrait travailler sur les systèmes d'information (définition des besoins en termes de bases de données, suivi de la mise en œuvre et test de l'outil Parhage décision)
- Un groupe pourrait élaborer la grille nationale d'évaluation des directeurs d'hôpitaux.

Dans l'attente de ce cadre, certaines régions ont élaboré leur propre grille. La mission souligne que l'absence de critères nationaux d'évaluation n'est pas normale et qu'il convient **d'élaborer au plus vite une grille nationale d'évaluation**. Cette grille devra :

- prendre en compte les premières expériences de la mise en œuvre du décret du 1er septembre 2005
- s'appuyer sur les grilles mises en place dans les régions
- mettre l'accent sur les critères relatifs à l'implication du directeur dans l'amélioration de l'efficacité de son établissement (en matière de qualité, de maîtrise budgétaire, d'organisation, en lien avec les objectifs de la contractualisation ARH-établissement).

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### D. Améliorer le fonctionnement du réseau des ARH et développer la collaboration avec le Trésor Public

#### D. Améliorer le fonctionnement du réseau des ARH et développer la collaboration avec le Trésor Public

Le fonctionnement du réseau État n'apparaît pas aujourd'hui optimal (cf. annexe IX). La mission a étudié deux types de solution : la régionalisation des services de l'État, qui suppose une réforme d'ensemble des services déconcentrés du ministère et la mise à disposition des ARH des agents affectés à la politique hospitalière.

##### *1. La régionalisation des services de l'État constitue une piste de réforme*

La politique hospitalière recouvre des activités à haute technicité. Les compétences nécessaires se sont particulièrement accrues pour les tâches réalisées en DDASS (examen et suivi des EPRD, contractualisation).

Or, les services de l'État chargés de la politique hospitalière sont morcelés (ils comptent en moyenne moins de 7 agents affectés à cette politique par service dans 10 régions sur 26). La situation varie cependant fortement avec les effectifs et la taille des régions. Cette situation concerne également d'autres politiques\*.

■ La mission recommande d'envisager une **mutualisation du suivi de la politique hospitalière dans les services de l'État au niveau régional**, en fonction des situations locales (effectifs des services et utilité du maintien d'une politique déconcentrée au vu de la taille de la région). Elle souligne qu'une telle évolution ne pourra être menée qu'avec une mise en œuvre progressive et cohérente avec les autres évolutions susceptibles de concerner les services déconcentrés de l'État.

\* étudiées par ailleurs par la mission conjointe IGAS – IGF sur l'adéquation des missions et des moyens du ministère chargé de la santé et de la solidarité.

##### *2. L'évolution du statut des agents chargés de la politique hospitalière constitue une seconde piste de réforme*

La mission a également examiné comment le fonctionnement du réseau pourrait être amélioré par une évolution de la situation des agents du réseau État travaillant sur la politique hospitalière, en étudiant 3 types de solutions : mise à disposition fonctionnelle de manière nominative, mise à disposition classique, détachement (annexe IX).

- Elle a écarté le détachement comme peu approprié à la situation juridique des ARH (GIP État–assurance-maladie)
- Elle privilégie la mise à disposition fonctionnelle sur la mise à disposition statutaire.

La mise à disposition fonctionnelle permettrait une meilleure organisation des moyens humains des ARH, en identifiant des personnes et non plus seulement des services participant à la mission hospitalière. Même si elle ne répond que partiellement aux difficultés rencontrées, elle présente l'avantage d'avoir moins de conséquences sur le fonctionnement des services de l'État et d'être compatible avec tous les scénarii d'évolutions de l'organisation.

■ Par ailleurs, la mission souligne que les mutualisations de service peuvent avoir lieu indépendamment d'une évolution de la situation statutaire des agents.

## II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau

### D. Améliorer le fonctionnement du réseau des ARH et développer les collaborations avec le Trésor Public

#### 3. La collaboration avec le Trésor public doit être renforcée

##### ■ Des relations régulières doivent être établies avec le Trésor public

Les compétences du réseau du Trésor Public (pour les établissements publics de santé) restent insuffisamment utilisées par les ARH.

- Celles-ci peuvent notamment constituer un apport pour la formation des agents (analyse financière, examen des EPRD).
- Les données comptables du Trésor public pourraient être mises à disposition plus tôt dans l'année, au minimum avant l'approbation des EPRD (quitte à transmettre des données provisoires n'incluant pas les opérations d'ordre), de manière à être mieux utilisées par les ARH.

Dans certaines régions, des points de rencontre régulière ont lieu entre le réseau de l'ARH et celui du Trésor public. Ce dernier offre également dans certains cas un appui technique ponctuel aux agents de l'État. De telles pratiques devraient être systématisées.

- Les relations entre l'ARH et le Trésor public peuvent, en tant que de besoin, faire l'objet d'une convention de partenariat (cf. Poitou-Charentes).

##### ■ La collaboration doit être particulièrement développée pour le suivi des établissements en difficulté

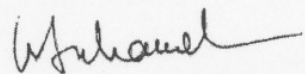
- D'une part, le recours au Trésor public pour la réalisation d'analyses financières doit être développé. La mission économique et financière est également susceptible d'offrir un appui pour l'examen des projets d'investissement.
- D'autre part, dans l'optique d'un renforcement de la compétence d'audit des ARH, les inspecteurs du Trésor pourraient participer à des missions d'audit ponctuelles sur les établissements publics de santé.

##### ■ Il serait souhaitable de mieux coordonner les outils de suivi de l'EPRD disponibles dans les deux réseaux.

La DHOS et la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) ont en effet développé deux outils se recoupant partiellement (Cabestan, outil DHOS de remontée des informations qui couvre les engagements et Oregon, outil DGCP qui suit les mouvements comptables, pour les établissements publics) mais qui n'offrent pas des données comparables (différence de périmètre).

- Il serait souhaitable, dans ces conditions, que les deux directions se coordonnent afin que les données issues des deux outils puissent être rapprochées et utilisées conjointement par les ARH, afin de permettre un examen effectif des remontées quadrimestrielles.

Fait à Paris, le 2 février 2007



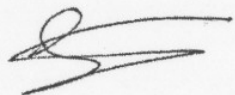
Gilles DUHAMEL

Inspecteur général des affaires sociales



Patrick BLANC

Inspecteur des finances



Agathe DENECHERE

Inspectrice des affaires sociales



Amélie VERDIER

Inspectrice des finances



OBSERVATIONS DES SERVICES AUDITÉS  
ET RÉPONSES DE LA MISSION

RÉPONSE DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITE SOCIALE

N° 1828/07

Paris, le 15 MAR 2007

Le Directeur de la Sécurité sociale

à

Monsieur le chef de l'Inspection  
générale des affaires sociales

**OBJET** : Observations relatives au rapport provisoire relatif aux ARH et au pilotage de la performance et de l'efficacité hospitalière (Audit de modernisation).

Je partage pleinement les constats et les préconisations formulés par le rapport.

La DSS considère que la mesure de l'efficacité hospitalière et le développement d'une approche comparée entre établissements est une priorité majeure.

La DSS est donc favorable aux préconisations du rapport relatives :

- à la généralisation de la comptabilité analytique dans l'ensemble des établissements ;
- à la mesure des coûts par pathologie ;
- à la généralisation d'une évaluation comparée de l'efficacité de l'organisation à partir notamment des indicateurs tirés des travaux de la MEAH et recensés en annexe V.

Elle considère comme essentiel le développement des outils de pilotage (bases de données, études, etc) qui pourraient être mises à disposition des ARH dans ce domaine.

Monsieur René GIRAULT  
Section des Rapports  
Inspection des Affaires sociales  
25-27 rue d'Alstorg  
75008 PARIS

././

Copie à l'Inspection générale des finances

S'agissant précisément des ARH, la DSS souscrit à la proposition du rapport de recentrer leur mission sur la performance hospitalière et de renforcer le contenu des contrats d'objectifs et de moyens pour y intégrer de façon systématique davantage d'engagements de performance de gestion. Elle souscrit également à la proposition de renforcer la part des crédits d'aide à la contractualisation et la fongibilité des crédits au sein de l'enveloppe hospitalière.

La DSS est également favorable à une articulation plus étroite entre la MEAH et les ARH qui peut passer, comme le recommande le rapport, par une association davantage en amont des ARH au programme de travail de la MEAH et par une meilleure diffusion aux ARH des résultats des travaux de la MEAH. Elle est favorable à la politique d'audit préconisée par le rapport.

J'ajoute enfin que la DSS est bien entendu favorable à la préconisation de mieux l'associer, aux côtés de la DHOS, au pilotage des ARH dans la conduite de la politique d'amélioration de la performance hospitalière.

Le directeur de la sécurité sociale  
Dominique LIBAULT

RÉPONSE DE LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

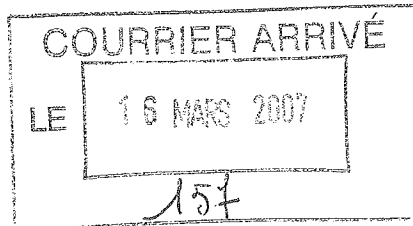
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

La directrice,

Paris, le 13 MAR. 2007

00271



La directrice de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

à

M le Chef de l'Inspection générale des  
affaires sociales

M le Chef de l'Inspection générale des  
finances

Objet : audit de modernisation « les ARH et le pilotage de la performance et de l'efficience hospitalières »  
p/j : 1 tableau

Dans le cadre de la procédure contradictoire et conformément aux termes de la circulaire du 13 juillet 2006, vous trouverez ci-après mes observations sur le rapport provisoire d'audit que vous avez bien voulu me remettre. Des observations détaillées sont présentées dans le tableau annexé dont les items successifs se réfèrent au rapport provisoire et aux propositions des auditeurs.

A titre général, j'observe que les auditeurs partagent largement les objectifs de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et qu'ils convergent également avec la direction sur la nature et les qualités de nos outils ou de nos opérateurs. Ainsi reconnaissent-ils par exemple l'amélioration de l'efficience comme cœur de la mission des ARH ou le degré inégal de maturité et la dispersion des bases de données disponibles pour le pilotage interne des établissements.

Enfin, au-delà d'une vision d'ensemble très complète des acteurs et du champ d'action requis pour atteindre l'objectif d'efficience, les propositions d'action contenues dans le rapport sont semblables - ou comparables - à celles qui sont déjà envisagées par la direction. A cet égard, elles sont en adéquation avec nos propres réflexions et confortent ainsi la stratégie de la Dhos.

Mes réserves essentielles portent sur les points suivants.

1. il paraît peu réaliste de voir le pilotage par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de l'efficience des organisations hospitalières comme une

simple évolution pour les ARH, même s'il s'agit de cela *en théorie*. En pratique, elles doivent développer une toute nouvelle approche, avec les difficultés inhérentes à leur organisation (équipe propre très réduite, autres agents répartis physiquement et hiérarchiquement dans les services déconcentrés de l'Etat et de l'assurance maladie). Cette situation a des conséquences ; elle ne permet pas, en particulier, de concrétiser avec la rapidité souhaitable les évolutions demandées ;

2. s'agissant des propositions, le rapport ne donne pas les *recommandations opérationnelles* attendues qui devaient permettre la mise en œuvre par les ARH des propositions (par exemple pour généraliser la comptabilité analytique dans les établissements) ou bien recommande de mettre en place des actions qui sont déjà effectives (ainsi de la recommandation 4, sur le projet Compaqh, ou 8, sur le suivi des établissements en fonction de leur score Icalin (tableau de bord des Infections nosocomiales), ou 37 sur l'évaluation des conséquences en exploitation des projets d'investissement, etc.) ;

3. je ne peux que regretter de nouveau l'interprétation qui a été retenue de la demande d'audit formulée par la Dhos à la direction générale de la modernisation de l'Etat : ma direction souhaitait avoir recours à l'assistance d'un consultant spécialisé pour la mise en place d'outils de pilotage opérationnels destinés aux ARH, à partir d'éléments de diagnostic d'ores et déjà connus, notamment suite au rapport IGAS-IGF de 2005 sur la T2A.

Je reste dans l'attente du rapport définitif et vous remercie de bien vouloir prendre en compte ces observations. J'ai bien noté qu'il appartiendra à la Dhos, dans les trois mois suivant l'achèvement de l'étape contradictoire, de préciser les orientations retenues et le plan d'action associé.

*A noter au positif.*

La Directrice de l'Hospitalisation  
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

## RÉPONSE DE LA MISSION



## Réponse de la mission sur le périmètre de l'audit et les modalités de travail

La mission rappelle que les audits de modernisation sont décidés par le Premier ministre, après instruction des propositions conjointement par le ministère des finances et le ministère concerné.

La fiche de lancement fixe les objectifs de l'audit. Au cas d'espèce, il s'agissait :

- « *de proposer les mécanismes et outils permettant aux ARH de mieux conseiller ;*
- « *d'analyser l'organisation et le fonctionnement des ARH, de hiérarchiser les voies d'amélioration, de formaliser des plans de transformation de leurs modalités de fonctionnement interne (équipes rapprochées, DRASS-DDASS, CRAM, URCAM) et avec les établissements ;*
- « *d'analyser l'articulation des ARH avec les structures de pilotage nationales et de proposer le cas échéant les évolutions souhaitables ;*
- « *d'évaluer les conséquences sur les modalités de pilotage des ARH sur ce thème « efficacité » par l'échelon central ».*

Un premier contact avec l'ensemble des acteurs concernés et notamment les commanditaires de la mission a permis de préciser que l'audit ne devait pas traiter de la place de la CNAM-TS dans le dispositif, ni se prononcer sur la gouvernance hospitalière dans son ensemble.

Lors de cette phase de cadrage, la rencontre des consultants pressentis n'a pas conduit à privilégier un travail conjoint. En effet, des contacts préalables avaient abouti à un pré-cadrage du travail par la DHOS et les consultants ; il s'agissait avant tout de décliner les actions déjà entreprises par la DHOS pour améliorer la prise en compte par les ARH de la performance et de l'efficacité, sur un champ jugé restreint par la mission.

Il n'entre pas dans les fonctions des inspections générales des finances et des affaires sociales de mettre en œuvre un « *plan de transformation* » sans avoir procédé au préalable à une analyse d'ensemble des problèmes posés et à la définition des objectifs à poursuivre. La mission a donc choisi, comme le processus d'audit de modernisation le prévoit, de travailler dans un premier temps seule à l'élaboration de recommandations, en liaison avec la DHOS, pour envisager dans une seconde phase l'association des consultants à l'élaboration puis à la mise en œuvre du plan d'action visé par la circulaire du 13 juillet 2006.

À l'issue de cette phase, la note de cadrage a précisé la manière dont la mission allait traiter le sujet, ses axes de travail et les limites de ses investigations : il était proposé de se concentrer sur la manière dont les ARH pouvaient améliorer la performance des établissements de santé à partir des outils et des indicateurs pertinents (ceux-ci étant à définir) et sur la place à donner aux ARH dans la gouvernance du système hospitalier.

La DHOS, à laquelle la lettre de cadrage a été soumise (après avoir été discutée oralement), n'a pas contesté ces orientations – elle a seulement demandé d'ajouter un paragraphe à la lettre de cadrage initiale, de manière à préciser les actions déjà engagées en matière de performance, ce qui a été fait.

Il convient de souligner que ses contacts avec l'administration centrale ont néanmoins été difficiles tout au long de la mission :

- en-dehors de la sous-direction E, les sous-directions de la DHOS n'ont pas montré un intérêt marqué pour les travaux relatifs à la performance et à l'efficience ; la mission a plutôt mesuré l'écart existant entre les orientations de la sous-direction E et celle des autres sous-directions (O et F notamment) ;
- la mission a dû multiplier les requêtes pour obtenir les informations nécessaires tout au long de ses travaux ;
- à aucun moment la DHOS n'est entrée dans un dialogue constructif avec la mission ni ne l'a tenue informée des derniers développements intervenus, découverts parfois sur le terrain.

En revanche, la mission tient à souligner qu'elle a pu avoir des échanges nourris et de qualité avec les missions de la DHOS (notamment la MEAH et l'ATIH) ainsi qu'avec l'ensemble des ARH rencontrées.

La mission a procédé, lors de la réunion de dialogue et d'orientation du 19 décembre 2006, à une présentation intermédiaire de ses travaux, qui incluait les axes principaux de ses propositions. Certaines ont d'ailleurs été discutées lors de cette réunion, à laquelle participait le chef de service de la DHOS ainsi que la personne référente de la mission à la sous-direction E (sous-directrice adjointe).

La mission ne peut que regretter que les sollicitations effectuées postérieurement à la réunion n'aient pas reçu plus d'attention. Les propositions de la mission ont été, en partie au moins, discutées avec la MEAH et le DARH Rhône-Alpes entre la fin décembre et le mois de janvier.

La DHOS considère que certaines recommandations de la mission ont déjà été mises en œuvre. Si c'est effectivement le cas pour certaines, la mission relève que dans d'autres cas (cf. réponse détaillée), on en est resté au stade de l'intention et que les évolutions attendues ne sont pas constatées sur le terrain.

Plus largement, les observations de la DHOS montrent qu'elle ne partage pas l'idée qu'il est nécessaire d'affirmer sa propre fonction de pilotage des ARH et des établissements aujourd'hui. Elle conteste donc en partie les orientations du rapport, qui rejoignent sur ce point celles du précédent rapport IGF-IGAS sur le pilotage des dépenses hospitalières (rapport n°2005-M-021-02).

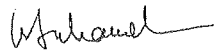
Quant au caractère opérationnel des recommandations, la mission s'étonne que :

- l'établissement de tableaux de bord détaillés pour les ARH ;
- l'identification des travaux prioritaires à conduire pour améliorer la connaissance de l'efficience organisationnelle et financière (notamment à partir des données de l'ATIH et de la MEAH) ainsi que celle de la performance en matière de qualité, portant à la fois sur les données manquantes et sur les analyses de fond permettant de comprendre les processus à l'œuvre ;
- le recensement détaillé des outils et systèmes d'information utilisés par chaque ARH étudiée et l'identification de ceux pouvant utilement être mutualisés ;

- la proposition d'établir un contrat-type entre ARH et établissement, élaboré par la DHOS, proposition précisée par les éléments que pourrait comprendre un tel contrat, par des exemples et contre-exemples de clauses à retenir, etc.
- la proposition de formaliser les contrats de retour à l'équilibre et la description d'une méthode pour y parvenir ;
- etc.

ne constituent pas aux yeux de la DHOS des recommandations opérationnelles.

Elle rappelle qu'il n'appartient pas aux inspections générales de se substituer à l'administration directement concernée et d'élaborer elle-même des plans d'action.



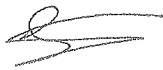
Gilles DUHAMEL

Inspecteur général des affaires sociales



Patrick BLANC

Inspecteur des finances



Agathe DENECHERE

Inspectrice des affaires sociales



Amélie VERDIER

Inspectrice des finances

TABLEAU DETAILLÉ DES OBSERVATIONS DE LA DHOS  
ET  
RÉPONSES DE LA MISSION

**TABLEAU DETAILLE DES OBSERVATIONS DE LA DHOS AU RAPPORT PROVISOIRE D'AUDIT**  
**3<sup>ème</sup> colonne établie par la mission en réponse**

**« Les ARH et le pilotage de l'efficience et de la performance hospitalière »**

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
	<b>Introduction –</b>		
P2	La mise en place de la T2A	En 2007, l'ODMCO représente environ 41 milliards d'euros, la part tarifs à 100 % T2A (somme de la DAC et de la part tarifs actuelles) serait de 37 milliards d'euros sur un ONDAM hospitalier (dépenses régulées) de presque 65 milliards. La répartition entre les mesures en dotation (MIGAC et DAF) et financement par les tarifs, ou financement par l'activité plus généralement, est difficile à projeter à l'horizon 2012. Toutes choses égales par ailleurs, si nous étions déjà à 100% elle serait de 57% pour le financement par les tarifs et de 64% si on prend l'ensemble des financements à l'activité. La phrase « le financement par les tarifs portera à terme sur environ la moitié de la dépense hospitalière totale (qui s'élève à 67 Md€ en 2005) » devrait donc sembler il, être revue en fonction de ces données chiffrées.	Vu. La mission souhaitait donner un ordre de grandeur : il s'agit donc de l'ordre de 60% (57% au vu des prévisions 2007) plutôt que de la moitié des dépenses qui est financée par les tarifs.
P3/4	Définition et la place de l'efficience hospitalière dans les missions des ARH	<p>La définition de l'efficience retenue par la mission d'audit n'appelle pas d'observation particulière dès lors que cette notion n'est pas réduite à sa dimension financière mais comprise comme celle d'une performance globale « passant par l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation ».</p> <p>L'idée que l'amélioration de l'efficience doit être au cœur de la mission des ARH est partagée. Toutefois, cette considération est un objectif de moyen terme, impliquant le changement des priorités et des modes de régulation antérieurs, et la mise en place de mesures d'accompagnement spécifiques des « équipes rapprochées » des ARH et du réseau des services déconcentrés ; ces derniers sont moins imprégnés d'une culture de la performance globale que d'une culture de planification, de tutelle financière et de contrôle. En pratique la Dhos ne souscrit qu'imparfaitement à l'affirmation de la mission selon laquelle le pilotage de l'efficience des organisations hospitalières ne constituerait pas une mission supplémentaire demandée aux ARH mais une simple évolution de leur rôle traditionnel de tutelle.</p>	<p>Vu.</p> <p>La mission a effectivement constaté que les ARH avaient besoin d'être accompagnées et soutenues dans l'évolution de leurs missions, ce qui suppose une meilleure hiérarchisation des tâches qui leur sont demandées.</p> <p>Elle ne peut en revanche souscrire à l'idée que l'amélioration de l'efficience hospitalière ne soit qu'un « <i>objectif de moyen terme</i> » des ARH, dès lors qu'il s'agit au contraire d'un élément central de leur action et une condition de succès des réformes hospitalières.</p>

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P4	Axes de travail retenus et méthode adoptée	<p>S'insérant dans un cadre plus global de promotion de la performance des organisations hospitalières, l'audit avait pour la Dhos vocation à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifier les facteurs clés d'enclenchement d'une dynamique vertueuse ;</li> <li>• proposer des mécanismes opérationnels permettant aux ARH d'aiguillonner les établissements de santé ;</li> <li>• hiérarchiser les voies d'amélioration des modalités actuelles de pilotage pour aboutir en 18 mois,</li> <li>• formaliser des scenarii de transformation après identification des compétences métiers et mesures d'accompagnement nécessaires aux ARH sur ce même horizon temporel.</li> </ul> <p>La Dhos se félicite du souci des inspections générales de concentrer leur réflexion sur l'identification des outils et leviers à la disposition des ARH confirmant pour l'essentiel le diagnostic initial et la pertinence des axes de travail engagés par la Dhos depuis plusieurs mois.</p> <p>Néanmoins, si bon nombre de recommandations du rapport apparaissent pertinentes, elles semblent difficiles à mettre en œuvre ou soulever des difficultés techniques, ou bien ont déjà été rendues effectives par les différents services concernés de la Dhos pendant la période de réalisation de l'audit.</p> <p>Une voie plus efficiente aurait pu être de donner une visibilité à l'administration chef de file sur les recommandations probables, et de tester auprès des services concernés de la Dhos les propositions concrètes (notamment celles incluses dans les 9 annexes détaillées) pour garantir leur articulation avec l'état d'avancement effectif des travaux de l'administration centrale.</p> <p>Par ailleurs, la suppression de la composition tripartite de l'équipe d'audit a pesé sur la prise en compte de la dimension de transformation des organisations et le caractère opérationnel des recommandations du rapport d'audit, limitant de ce fait la portée et l'effectivité du plan d'action à venir du ministère.</p>	Voir lettre en réponse générale.

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	<b>Partie I – Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience</b>		
P6 §3	Diagnostic	<p>L'affaiblissement de la position des ARH vis-à-vis des établissements n'est pas réellement démontrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une comparaison entre deux périodes de l'histoire des ARH aurait été utile.</li> <li>– Nombre des faiblesses mentionnées existent depuis leur création.</li> <li>– L'impact négatif de la T2A sur la marge de manœuvre des ARH n'est évoqué que sur le mode de la « théorie », sans véritable développement. Sous le régime de la dotation globale, la marge de manœuvre théorique des ARH était certes supérieure mais en pratique la majeure partie de la dotation régionale à leur main était affectée à la reconduction de moyens et au financement de mesures nouvelles fléchées au niveau national.</li> </ul> <p>Il est normal que l'ARH ne soit qu'invitée au CA des EPS, car elle ne peut à la fois être membre du CA et être tutelle de l'établissement.</p> <p>Les inspections générales notent les limites structurelles à l'action des ARH en matière de performance et d'efficience et concluent à la nécessité de donner aux ARH les moyens d'action effectifs pour permettre un pilotage efficace. La Dhos partage ce diagnostic qui fondait d'ailleurs sa demande d'audit ; son appréciation est plus nuancée s'agissant des recommandations formulées par la mission.</p>	<p>Comme précisé dans la lettre de cadrage du 14 novembre 2006 et discuté lors de la réunion de dialogue et d'orientation du 19 décembre 2006, l'audit n'avait pas pour objet de faire un bilan de l'action des ARH. En accord avec la DHOS, le rapport a été centré sur les propositions, dès lors que les éléments principaux du constat étaient apparus partagés.</p> <p>Il est précisé dans le texte du rapport que certaines limites à l'action des ARH existent depuis l'origine et que d'autres sont plus récentes.</p> <p>Des éléments de ce constat figurent aux annexes V et VI en particulier (contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats de retour à l'équilibre). Au-delà, toutes les ARH rencontrées (six) ont évoqué le fait que, même si leur marge de manœuvre n'était pas en pratique plus importante sous le régime de la dotation globale, dans la mesure où cette marge était effectivement peu utilisée, le passage à la T2A et la recentralisation d'une partie du pouvoir financier a envoyé un signal d'affaiblissement de la tutelle régionale vis-à-vis des établissements. Ce « signal » a pu être contrecarré dans certaines ARH par une action plus affirmée lors de l'approbation des budgets, mais ce n'est pas le cas général.</p> <p>Par ailleurs, la promotion par la DHOS de l'outil contractuel comme vecteur de l'application de mesures réglementaires tend à accréditer l'idée d'un « partenariat » entre la tutelle et les établissements.</p> <p>La mission ne partage pas cette appréciation. Dans de très nombreux établissements publics, la tutelle de l'État s'exerce au contraire à travers le conseil d'administration (exemple : établissements publics culturels).</p>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	<i>A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière</i>		
	<i>A. 1. Imposer la généralisation de la mesure de la qualité et de l'efficience.</i>		
P 7	Recommandation n°1 : Généraliser la comptabilité analytique, au moins au niveau des sections d'analyse/ unités fonctionnelles	<p>S'agissant de la comptabilité analytique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La réforme de la T2A constitue en soi une forte incitation au développement de la comptabilité analytique ;</li> <li>- Le développement d'une comptabilité analytique est inscrit dans la contractualisation depuis un an. L'indicateur de performance retenu (« le développement dans les établissements de santé de l'utilisation des outils de gestion ») est le nombre d'établissements dotés d'une comptabilité analytique médicalisée opérationnelle utilisée par le conseil exécutif et les responsables de pôles, avec un taux cible à 100% à l'issue du contrat. L'annexe « efficience et pilotage des CPOM » promet un objectif de mise en œuvre des règles du Tome 1 à 3 du guide de comptabilité analytique et les ARH sont fortement incitées à contractualiser sur cet item avec les établissements.</li> <li>- La Meah doit intensifier le chantier de déploiement sur la comptabilité analytique (150 établissements sur 3 ans) et envisage de doter chaque ARH d'un poste de contrôleur de gestion.</li> </ul> <p>En dépit de ces actions ou incitations, les rapporteurs constatent et regrettent l'absence de comptabilité analytique généralisée dans les établissements ; au-delà de ce constat partagé, la Dhos attendait que la mission lui apporte un éclairage sur la manière de conduire un chantier de généralisation. Il est rappelé que l'obligation d'une comptabilité analytique existe déjà au titre de l'article R6145-7 du code de la Santé publique. En tout état de cause, si cette mesure devait être imposée, cela serait nécessairement par voie réglementaire, cette obligation ne pouvant être mise dans les CPOM qu'à titre de rappel.</p>	<p>En matière de comptabilité analytique, la lecture que fait la DHOS des recommandations de la mission mérite d'être précisée ; les recommandations exactes de la mission sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>la recommandation n°1</u> de la mission (cf. liste des recommandations en pièce-jointe au rapport) est de « <i>faire de la généralisation de la comptabilité analytique une priorité</i> », ce qui implique une action plus affirmée de la DHOS) ;</li> <li>- <u>la recommandation n°10</u> est de « <i>mettre en place une mesure des coûts dans les établissements et généraliser l'usage des TCCM</i> », le rapport précisant que la mesure des coûts doit se faire au GHM pour les établissements en mesure de le faire et par grands types de structure pour tous et les annexes.</li> </ul> <p>La mission relève que l'affirmation selon laquelle « <i>le développement d'une comptabilité analytique est inscrit dans la contractualisation depuis un an</i> » renvoie à la contractualisation DHOS-ARH. Sur les cinq régions étudiées en détail, une seule avait prévu, dans le support régional des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) liant les ARH aux établissements, des engagements sur la mise en place et l'utilisation effective de la comptabilité analytique, trois régions prévoyant de demander le développement d'outils de gestion interne, dont la comptabilité analytique.</p> <p>L'annexe « efficience et pilotage » des CPOM, élaborée par la sous-direction E, n'est pas utilisée par les ARH rencontrées par la mission.</p> <p>La mission formule trois types de recommandations à ce sujet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le contenu des CPOM : la mission propose notamment de conditionner le soutien financier à la mise en œuvre et surtout à l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique (cf. pratique en Rhône-Alpes). En effet, l'absence de mise en œuvre d'une prescription réglementaire s'explique en partie par l'absence de sanction de ce non-respect ;</li> </ul>



	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		S'agissant de la généralisation de la comptabilité au GHM, cette recommandation bute sur un certain nombre de réalités (état des systèmes d'information par exemple). La Dhos ne la reprendra pas dans son plan d'actions.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'action de la MEAH (pour une meilleure diffusion de ses travaux notamment sur le TCCM et pour une intervention plus directe des ARH dans le choix des établissements participant à ses chantiers)</li> <li>- sur l'action de la DHOS elle-même : il lui appartient de valoriser l'utilisation de la comptabilité analytique et d'améliorer la connaissance des coûts, en exploitant les données issues de l'ENC pour expliquer les causes des écarts constatés.</li> </ul>
P8	Recommandation n°2 : Définir une chaîne de collecte et de diffusion pour tous les indicateurs suivis au niveau national.	La Dhos partage l'analyse de la mission : il est possible d'apporter des précisions aux ARH sur la chaîne de collecte et de diffusion des résultats pour chaque indicateur de performance pour faciliter leur travail d'analyse et de « benchmark ». On peut néanmoins se demander si le rôle de pilotage d'une administration centrale doit s'accompagner d'une normalisation des pratiques internes de pilotage des ARH et d'une centralisation nationale de tous les outils de pilotage régionaux. Les ARH ne sont pas des services déconcentrés et la Dhos souhaite inscrire son rôle de pilotage sur le champ de l'efficience dans une logique de responsabilisation et d'accompagnement des ARH. Sur le champ de l'efficience des organisations internes, où la responsabilité première est celle d'établissements juridiquement autonomes, il apparaît peu pédagogique, éventuellement contre-productif, d'imposer une procédure unifiée à toutes les régions.	La mission relève que l'action des ARH est très hétérogène (cf. notamment les annexes V et VI), en particulier en matière d'efficience. Elle ne préconise certes pas une centralisation par la DHOS du pilotage des établissements, ni la définition nationale de l'ensemble des indicateurs à suivre. Il est cependant nécessaire de définir quels indicateurs sont suivis au plan national et, pour ces derniers, de définir précisément la chaîne de collecte. Cela semble préférable, autant que faire ce peut, aux requêtes nombreuses et échelonnées tout au long de l'année qui sont effectuées par l'administration centrale auprès des établissements et/ ou des ARH. Un recensement de ces demandes a d'ailleurs été demandé par l'administration centrale.
	Recommandation n°3 : Mettre en place dans les meilleurs délais la généralisation de la mesure des indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur validation	Cette préconisation de généraliser les indicateurs issus de Compaqh (ainsi que ceux issus d'autres projets comme PATH) est <u>en cours</u> - un comité stratégique pluri-institutionnel (Dhos-Drees-HAS-Assurance maladie - conférence des DARH - personnalités qualifiées) et un comité de pilotage plus opérationnel élargi à d'autres parties prenantes (conférences et fédérations hospitalières, représentants d'usagers, experts) permettent de s'accorder sur les décisions (choix des priorités, des indicateurs à généraliser etc) et de coordonner les actions. D'ores et déjà, en plus du tableau de bord des infections nosocomiales (IN), des indicateurs issus des dossiers patients, de recommandations de bonnes pratiques et sur la satisfaction des patients sont généralisables. La proposition de généraliser certains indicateurs et en particulier celle de la mesure des événements indésirables doit être examinée au regard de l'expérimentation de la déclaration des événements indésirables	Vu. La recommandation de la mission vise la réalisation de cette généralisation dans des délais brefs (voir rapport COMPAQH d'octobre 2006).

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
		<p>graves liés aux soins (EIG) sous le pilotage de l'institut de veille sanitaire qui organise cette expérimentation devant débiter dans les mois à venir dans des établissements de santé volontaires (art. 1413-14 et 16 du CSP - arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention) pour éviter toute redondance et double saisie.</p>	
P 8	<p>Recommandation n°4 : Inciter chaque établissement à mettre en place un logiciel et une BDD d'identification, d'analyse et de gestion des plaintes</p>	<p>Pour un établissement, il est essentiel d'élaborer un outil d'identification, de traitement, et d'analyse des plaintes. Pour autant, en conclure que cela passe par l'acquisition d'un logiciel n'est pas une solution toujours pertinente (pour les petits établissements en particulier). Si l'on souhaite appliquer cette recommandation à tous les établissements, mieux vaut porter l'attention sur le dispositif et la méthode que sur les outils d'informatisation.</p> <p>Un prestataire est chargé de rédiger un guide méthodologique destiné à aider les établissements de santé à mieux gérer et exploiter les plaintes et réclamations. Ce guide, diffusé prochainement, propose aux établissements une méthodologie en vue de la mise en place d'une démarche d'analyse et d'exploitation des plaintes visant à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et à veiller au respect de leurs droits.</p>	
P 8	<p>Recommandation n°5 : Informer les ARH des plaintes adressées aux services concernant les établissements de santé et des suites données</p>	<p>La situation est différente selon les régions. Le traitement est assuré par le destinataire de la plainte (DDASS ou ARH) ou bien le traitement est centralisé en DDASS.</p> <p>Par ailleurs, un guide méthodologique de traitement des plaintes et réclamations, intitulé « gestion administrative des plaintes, guide des bonnes pratiques » et rédigé à l'instigation de l'IGAS (MAFI), a été diffusé aux services déconcentrés DDASS et DRASS. Un outil informatisé reprenant les procédures du guide et réalisé par la DGAS, la Dhos et les services déconcentrés leur sera prochainement proposé. Il semble donc préférable de privilégier la généralisation de cette procédure de gestion des plaintes qui doit permettre l'information exhaustive des ARH.</p>	<p>Vu : l'outil informatisé décrit permettrait donc de répondre à la recommandation.</p>

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P8	Recommandation n°6 : Oeuvrer à la mise en place dans chaque établissement de santé d'un système de gestion informatisé des événements indésirables et en suivre la montée en charge	Accord sur cette recommandation : il s'agira d'une part, de s'assurer que le système tienne compte de celui développé pour l'expérimentation des EIG piloté par l'institut de veille sanitaire, et, d'autre part, que cette organisation soit associée à l'incitation à développer la fonction de gestionnaire de risque pour coordonner la démarche (Circulaire DHOS/E2/2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de gestion des risques en établissement de santé).	
P 8	Recommandation n°7 : Suivre un indicateur, si possible un score moyen, relatif aux contrats de bon usage médicamenteux (CBUM) des établissements de la région.	Recommandation effective dans certaines régions - un comité de pilotage national pluri-institutionnel (dans lequel les ARH sont représentées) est en cours d'analyse des grilles d'évaluation des CBUM utilisées par les régions ; cela permettra dès 2007 d'envisager la faisabilité de cette mesure pour l'ensemble des régions, les pré-requis et étapes préalables, et de proposer un socle commun d'indicateurs ou <i>scoring</i> .	Vu. Une telle action apparaît indispensable, compte tenu de l'hétérogénéité actuelle des contrats CBUM.
P8	Recommandation n°8 : Suivre les résultats annuels de l'indicateur ICALIN et notamment les taux d'établissements classés en A ou en B, celui des ES en D ou E, celui des non répondants et leur évolution	Partiellement fait, dans le cadre de la diffusion publique du tableau de bord des IN, en particulier pour les établissements non répondants (classe F) et E, ou pour ceux ayant rétrogradé au moins 2 classes en une année (résultats publiés en 2006 et ceux en 2007).L'élargissement du suivi aux taux des classes A et B est possible.	
P8	Recommandation n°9 : Suivre le taux d'établissements certifiés dans le cadre de la seconde vague HAS par rapport au nombre total d'établissements de la région.	C'est une mesure de bonne administration. La publication de PLATINES répond déjà à cette intention.	Vu. Un suivi systématisé dans le cadre du tableau de bord des ARH est souhaitable, le cas échéant, à partir de PLATINES.
P8	Recommandation n°10 : Mettre en place une mesure de coûts dans les établissements et généraliser l'usage des TCCM	Le développement de l'usage des CREA semble aussi intéressant que celui des TCCM.	Voir réponse <i>supra</i> . La mission considère que le tableau coûts case mix (TCCM) est plus riche d'informations que le compte de résultat analytique par pôle (CREA), dans la mesure où il concerne plus directement l'efficacité (le CREA s'intéresse à l'équilibre économique du pôle, au vu des recettes générées en T2A).

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
P8	Recommandation n°11 : Effectuer un suivi de la DMS des établissements par comparaison à la moyenne nationale, sur la DMS moyenne pondérée par établissement d'une part et pour des GHM ciblés d'autre part	La DMS est un bon indicateur de suivi de l'efficacité organisationnelle combinée au case-mix, qui permet d'apprécier la lourdeur des cas pris en charge ; l'ENC étant bâtie à 70% sur la DMS, cet indicateur est disponible en routine depuis de nombreuses années. Toutefois, une expertise technique complémentaire est nécessaire à la Dhos, avant de retenir cette préconisation dans le plan d'action futur. Si cette préconisation devait être mise en œuvre, une clarification de la signification d'une DMS supérieure ou inférieure à la moyenne devrait être conduite (respect des bonnes pratiques médicales, problèmes d'organisation interne, caractéristiques des populations pris en charge, etc.) pour éviter des erreurs d'interprétation des résultats.	Vu. De manière générale, la mission considère que des travaux doivent être conduits sur les liens entre DMS et performance (en matière d'efficacité et en matière d'organisation).
P8	Recommandation n°12 : Généraliser la mesure des indicateurs MEAH les plus fiables et les plus pertinents	La diffusion des répertoires organisationnels de la Meah (visant à fournir aux ARH des indicateurs pour apprécier la performance et donner lieu à des contractualisations avec les établissements) est déjà en cours, au fur et à mesure de leur production. A ce jour, six répertoires sont disponibles (gestion des lits, urgences, radiothérapie, imagerie, blocs opératoires, restauration) ; deux autres sont attendus avant la fin du premier semestre 2007 (transport interne, chirurgie ambulatoire). Par ailleurs, à la demande de la Dhos, la Meah propose en 2007 à 10 ARH volontaires un appui spécifique sur le « benchmarking » général des organisations de blocs opératoires. Cette démarche a vocation à être progressivement étendue à l'ensemble des ARH et des thèmes des répertoires organisationnels, après évaluation. « Imposer la généralisation », comme le proposent les rapporteurs, ne doit pas masquer que cette généralisation n'aurait pas de fondement réglementaire. A cette réserve près, la recommandation est partagée. Il aurait été intéressant de connaître les modalités opérationnelles de généralisation envisagées par la mission tenant compte du cadre réglementaire en vigueur.	Les répertoires organisationnels MEAH n'étaient pas connus de la majorité des membres des ARH visitées par la mission et il apparaît indispensable d'améliorer la publicité des actions MEAH, aujourd'hui orientée vers les établissements, à destination des ARH. La généralisation de la mesure des indicateurs MEAH pourrait, comme le propose la mission (cf. annexe V) passer par les CPOM : il s'agit d'indicateurs à la fois riches d'enseignements pour l'établissement, qui a directement intérêt à les mesurer, et riches pour le dialogue avec la tutelle, dans la mesure où ce sont de bons indicateurs de performance. La mission n'a pas perçu de réticences majeures au sein des établissements rencontrés (13 au total) sur une généralisation de cette mesure, pour peu que celle-ci soit faite selon une périodicité raisonnable et variable selon les indicateurs (compte tenu du caractère relativement lourd du recueil de certains d'entre eux). Par ailleurs, l'article L.6114-3 du code de la santé publique précise que « Les contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins » et l'article L.6114-1 que « Les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en œuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de résultat nécessaires à leur évaluation périodique », ce qui permet bien d'inscrire des indicateurs d'organisation dans les contrats.
P8	Recommandation n°13 : Mettre en place des modèles types de tableaux de bord, par exemple via Parhtage.	La Dhos n'envisage pas une réorientation des choix stratégiques de gouvernance des ARH pris depuis leur création en 1996 et d'imposer un mode unifié de pilotage interne des ARH. Elle partage néanmoins la recommandation de la mission de mettre à disposition des ARH des tableaux de bord de pilotage type par établissement permettant une	Vu. La mission n'a pas proposé une uniformisation complète des informations suivies par les ARH (et encore moins de leur fonctionnement interne) mais recommande que la DHOS propose un modèle-type de tableau de bord, de manière à aider les ARH qui n'ont pas développé d'outils systématiques et qui formulent le besoin d'un

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p>consolidation régionale et de croiser des démarches aujourd'hui différentes et sans doute trop cloisonnées. C'est l'ambition de Parthage décision, en cours de développement.</p> <p>En revanche, sur le tableau de bord proposé, plusieurs observations sont formulées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les contrats Etat/ARH invitent les ARH à se doter d'un tel tableau au niveau des établissements ; pour le niveau régional, l'outil Prodiges est en cours de refonte.</li> <li>- Certains indicateurs proposés ne présentent pas les caractéristiques requises pour une analyse opérationnelle : problèmes de clarté de définition (ex. indicateurs 6 ou 9) et de champ (ex. indicateurs 2, 10, 17, 18) .</li> <li>- Certaines thématiques ne semblent pas couvertes par les indicateurs proposés. Ainsi, le thème régulation régionale de l'offre de soins ne propose pas de suivi des OQOS. De même, en matière financière, le suivi des capacités de financement et de l'évolution des fonds de roulement.</li> <li>- Le tableau de suivi des établissements proposé ne comporte pas d'indicateurs relatifs au suivi des établissements en situation spécifique : par exemple suivi de la mise en œuvre des recommandations suite à des missions d'appui, des saisines CRC, études MEEF...</li> </ul> <p>La Dhos retiendra dans son plan d'action l'idée d'un « radar », outil partagé avec les établissements permettant la focalisation du dialogue local sur l'interprétation des données et non plus sur la contestation du diagnostic posé. Cela impliquera d'expertiser de manière approfondie les liens entre les différents champs de la performance globale. Il est regretté que les rapporteurs n'aient pas fait de proposition plus opérationnelle sur cette voie prioritaire.</p>	<p>appui de l'administration centrale.</p> <p>Commentaire sur les tableaux de bord :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicateur 6 « taux de regroupement effectif d'équipes médicales par rapport à l'objectif régional du SROS 3 » : il rapporte le nombre de regroupements opérationnels d'équipes médicales relevant d'implantations distinctes effectivement réalisés (i.e. ne se limitant pas une répartition des patients ou à une organisation en rotation) au nombre prévu par le SROS ;</li> <li>- indicateur 9 « marge brute d'exploitation régionale consolidée » = somme des marges brutes des établissements de la région ;</li> <li>- indicateur 2 : taux d'établissement ayant fait l'objet dans l'année d'un contrôle sur site relatif aux prestations facturées dans le cadre de la T2A – champ = établissements MCO ;</li> <li>- indicateur 10 : nombre / taux d'établissement avec Diagnostic flash prévu ou en cours. Le taux viserait le rapport entre les diagnostics réalisés et les diagnostics prévus (à définir par les ARH) ;</li> <li>- indicateur 17 : durée moyenne de séjour régionale : élaborée à partir de la base PMSI régionale (pour un GHM donné, moyenne sur la totalité des établissements, pondérée par le nombre de séjours de chaque établissement) ;</li> <li>- indicateur 18 : DMS pour les personnes de plus de 75 ans : l'âge fait partie des données accessibles <i>via</i> le PMSI. Il s'agit de faire une moyenne régionale.</li> </ul> <p>Un tableau de bord a vocation à être standardisé ; il apparaît effectivement souhaitable de compléter les indicateurs par la mention du traitement spécifique apporté à tel ou tel établissement.</p> <p>Vu. Le radar est un bon outil, qui pourra mobiliser les indicateurs proposés par la mission.</p>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	<i>A.2. Mettre à la disposition des ARH des outils de pilotage utiles</i>		
P9 annexe I	Diagnostic sur les outils de pilotage existants	<p>La mission relève le développement inégal des bases d'information et des systèmes d'information de pilotage au niveau des ARH. Ce diagnostic conforte celui de la sous-direction E à l'automne 2005 et transmis aux rapporteurs lors du cadrage de l'audit..</p> <p>La Dhos souhaite néanmoins remettre en perspective certains éléments et rectifier quelques erreurs rencontrées dans les annexes détaillées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'est pas exact que les ARH n'ont pas accès aux données de comptabilité analytique existant dans l'établissement. Elles ont normalement accès à toutes les informations qu'elles souhaitent obtenir pour l'exercice de leurs missions et les premiers dialogues de gestion suggèrent que les ARH qui demandent aux établissements certains indicateurs internes issus des TCCM ou des CREA les obtiennent sans difficulté.</li> <li>- Cabestan a été développé par l' ATIH et non par l' ARH Rhône-Alpes.</li> <li>- Les indicateurs financiers mentionnés dans l'annexe I, qui n'appartiennent pas tous à la catégorie des soldes intermédiaires de gestion, figurent dans le tableau de bord financier édité par la DGCP et sont exploitables par toutes les ARH qui souhaitent les utiliser.</li> <li>- La base SNATIH est opérationnelle et permet notamment d'alimenter le « diagnostic flash » dont la diffusion est imminente dans les ARH ; la volonté de la Dhos est bien d'en généraliser l'usage. L'accès des données aux établissements est en cours. L'ATIH développe des modules complémentaires de façon à généraliser les comparaisons régionales et inter-régionales, et à améliorer l'ergonomie.</li> <li>- La mention faite de la BdhF procède sans d'un doute d'une erreur d'analyse. La FHF a développé cet outil à la demande de l'Etat, le projet Parhtage décision n'étant pas envisagé à l'époque. Compte tenu des reports calendaires de Parhtage, le ministère a envisagé de faciliter l'accès des ARH à cet outil dans la période intermédiaire, mais a dû y renoncer fin 2006 (eu égard au coût demandé par la FHF pour l'accès à la BdhF et aux contraintes du droit de la commande publique). L'ATIH a donc développé en un temps très</li> </ul>	<p>Le diagnostic de la DHOS doit être nuancé sur ce point. Les ARH visitées par la mission n'ont pas systématiquement accès à ces données aujourd'hui.</p> <p>Cabestan a été développé par l'ATIH sur le modèle d'un premier outil mis en place par l'ARH Rhône-Alpes. Vu. Ces éléments confortent ceux relevés par la mission, qui précise en outre que le tableau de bord financier édité par la DGCP est peu utilisé par les ARH.</p> <p>SNATIH n'était pas utilisé par les ARH (équipe rapprochée et réseau DRASS/DDASS) lors des travaux de la mission en région (novembre 2006).</p> <p>L'annexe I souligne simplement le paradoxe de la situation actuelle : les établissements disposent des données de la BdhF, en pratique utilisée par certains des établissements rencontrés par la mission, alors que les ARH n'y ont pas accès ; la logique est qu'elles utilisent désormais SIHNAT, ce qui n'était pas le cas lors des investigations conduites par la mission fin 2006. Il ne doit plus être fait mention de la BdhF dans les documents à destination des ARH, mais de SIHNAT.</p>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p>court l'outil SIHNAT : il reprend les fonctionnalités de la BdhF avec une ergonomie supérieure et va être ouvert aux établissements dès que possible techniquement (ces derniers utilisant très faiblement la BdhF en réalité). L'évolution de la formulation de cet objectif national des contrats d'objectifs Etat-ARH sera assurée au fur et à mesure de la négociation des avenants.</p>	
P9	<p>Recommandations n°14, 15, 16 : Mettre à disposition des ARH des bases de données informatiques reprenant la liste des établissements ayant fait l'objet de réserves lors de la certification, les résultats des indicateurs COMPAQH, les scores anonymisés des établissements ayant participé à un chantier Meah et ceux testés dans le cadre du Diagnostic Flash</p>	<p>Les propositions de la mission, qui reprennent largement les positions des services centraux interrogés, correspondent à un véritable besoin d'améliorer les remontées d'informations régulières des ARH et de les formaliser dans un cadre partagé avec les établissements de santé. Trois remarques méritent d'être émises.</p> <p>S'agissant de la mise en ligne des scores anonymisés des établissements ayant participé à des chantiers Meah, la Dhos considère que cette proposition peut constituer un levier important de mobilisation des équipes hospitalières qui auraient ainsi la possibilité de se comparer entre elles et par catégories d'établissement, à partir d'indicateurs simples à mobiliser et à suivre en routine et renvoyant à des problématiques communes à tous. Pour les ARH, l'accès aisé à des informations aujourd'hui dispersées dans chacun des recueils de bonnes pratiques publiés par la Meah permettrait, à l'occasion des discussions contractuelles notamment, d'engager chaque établissement dans une dynamique d'amélioration adaptée à sa situation initiale, à condition qu'il ne soit pas donné à cette base une traduction politique et budgétaire sous la forme d'une fixation de valeurs de références moyennes s'imposant à tous comme cela avait été fait en 2005 pour les achats hospitaliers. Cela implique de régler la question préalable de la pérennisation des bases de données constituées par la Meah à l'issue de chacun des chantiers pilotes (sur la base d'une vingtaine d'indicateurs issus de 8 à 10 établissements) et complétées par les chantiers de déploiement (de 100 à 150 établissements sur 3 ans). La Meah étudie actuellement la possibilité, en lien avec la Drees, de suivre les établissements volontaires pendant les 3 années qui suivent la participation à un chantier. Cela suppose que soit mise en place une validation méthodologique et/ou scientifique minimale desdits indicateurs, inexistante aujourd'hui. L'alimentation de cette base pourrait être assurée directement la Meah.</p>	<p>Ni les « services centraux » ni l'ATIH n'ont fait part de l'intention de développer des bases de données nouvelles s'approchant de celles proposées par la mission, mais la mission se réjouit de ce point de convergence.</p> <p>S'agissant de la base de données retraçant les indicateurs MEAH, la mission ne partage pas l'idée de la nécessité aujourd'hui d'une validation scientifique supplémentaire : les indicateurs ont été testés auprès d'établissements très divers et les répertoires organisationnels reprennent de façon précise la définition des indicateurs. Il serait effectivement intéressant d'avoir pour les établissements participant aux chantiers des données sur plusieurs années.</p>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p>Les indicateurs du « diagnostic flash » sont en phase de test. Une mise à disposition sur la base des premiers résultats n'est pas envisageable avant 2008.</p> <p>La valeur ajoutée d'une centralisation par l'ATIH de bases de données de nature différente n'apparaît pas suffisamment étayée compte tenu du plan de charge lourd de cette structure. Cette remarque s'applique pour les indicateurs Meah et la synthèse des réserves de la HAS. La centralisation devrait être précédée par la mise en place d'un groupe de travail chargé d'étudier les modalités de collaboration avec ces deux structures. S'agissant des indicateurs COMPAQH et du diagnostic Flash, il est précisé que l'ATIH assure déjà la standardisation et la mise en ligne.</p>	<p>La DHOS n'explique pas pourquoi les résultats du « diagnostic flash », qui repose pour l'essentiel sur des indicateurs déjà utilisés (avec l'avantage, souligné par la mission, de couvrir un champ très large et d'être immédiatement mesurables), ne pourraient pas être diffusés.</p> <p>La mission propose que « la mise en place de ces bases [soit] confiée à l'ATIH, de manière à les intégrer aux outils d'aide à la décision en cours de développement [pARHtage]. Compte tenu du plan de charge déjà lourd de cette structure, il est recommandé qu'elle soit alimentée directement par les structures concernées (HAS, MEAH, MAR) et ne se charge que de la standardisation et de la mise en ligne ».</p> <p>La proposition de centralisation par l'ATIH vise donc à donner un point d'entrée unique aux sources d'information hospitalière et à permettre leur intégration dans les outils type PARHTAGE (anticipation en amont des problèmes de compatibilité techniques, par exemple). C'est en pratique la solution qui a presque toujours été retenue jusqu'ici, comme le souligne d'ailleurs la DHOS, lorsqu'il s'est agi de mettre en place des bases de données consolidées.</p>
	Recommandation n°18 : Diffuser les données de coût issues de l'ENC	La diffusion des coûts telle que proposée par les rapporteurs dans l'annexe IV va dans le sens souhaité par la Dhos.	Vu.
	Recommandation n°19 : Assurer un déploiement rapide de Parhtage Décision, développer des accès partagés avec les établissements	<p>Le périmètre ambitieux du projet Parhtage-décision ( dix sources de données )a nécessité son séquençage.</p> <p>La réalisation de la partie front office de la phase 1 qui intègre 4 sources de données ( PMSI, SYSGEO, ICARE et Finess)a débuté en septembre 2006 en vue d'une mise en production en 2007 Elle mettra à disposition des utilisateurs 156 indicateurs et 5 tableaux de bord. Les ARH pourront parallèlement recourir aux données de SNATIH base qui sera enrichie et améliorée dans son ergonomie. Cette première phase pilote sera suivie de la réalisation de la phase 2, dès la fin de l'année 2007, dont le périmètre devra être défini ; des groupes de travail seront mis en place pour déterminer précisément les besoins des ARH en matière de pilotage. A ce stade, SNATIH sera intégrée à PARHTAGE-décision.</p> <p>Il est prévu depuis l'origine du projet que les établissements de santé aient accès à Parhtage-décision.</p>	Vu.



	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P9	Recommandation n°20 : Inclure dans Parhtage Décision les données disponibles en matière d'évaluation de la qualité	En ce qui concerne les indicateurs figurant dans les fiches descriptives des établissements de santé (fiches "Platines" gérées par la Drees et la Dhos dans lesquelles figurent entre autres les résultats du tableau de bord IN), la faisabilité de leur intégration est en cours d'étude (il s'agit de lever des problèmes techniques).	Vu.
	<i>A.3. Développer l'analyse de la performance aux plans national et régional</i>		
P10	Recommandations n°21 à 28	Ces recommandations n'appellent pas de remarques.	Vu. La mission insiste sur le fait que la conduite des analyses proposées puis la diffusion de leurs résultats est essentielle pour améliorer l'efficacité hospitalière.
P10	Recommandation n°29 : Continuer les travaux de méthode en matière de mesure de la qualité (COMPAQH)	En cours. Financé par la Dhos (50%), la HAS et la Drees ; le pilotage du projet Compaqh associe en outre l'assurance maladie et les ARH.	
	Recommandation n°30 : Poursuivre l'effort de recherche en matière de mesure de la qualité	Egalement en cours avec le projet Compaqh - Pour le point relatif à l'identification des facteurs expliquant les différences de qualité observées entre établissements : il s'agit de s'appuyer sur les résultats des audits de la Meah et également d'étudier la possibilité d'élargir les missions Compaqh à cet aspect qui n'est pas prévu dans sa feuille de route 2006-2009 - les travaux développés par la Dhos, en collaboration avec la HAS, dans le cadre de son nouveau programme de recherche en qualité hospitalière (Preqhos), peuvent également s'attacher à cet aspect (premier appel à projets 2007 : lien volume d'activité / qualité ; valeur ajoutée des équipes transversales dans la qualité des prises en charge ; rôle de la coordination des soins en ES ...). Le groupe de travail « qualité et accessibilité » de la Mission d'évaluation de la T2A explore également certains aspects de ce domaine.	

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	<b>B. renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH</b>		
	<i>B.1. Généraliser un modèle de contrat exigeant</i>		
P11	Recommandation n° 31 : Mettre en place un contrat type de CPOM aux niveaux national et régional	<p>La mission propose la généralisation d'un modèle national bâti sur les exemples des ARH qu'elle a jugé dynamiques (Bretagne et Rhône-Alpes), et élaboré par un groupe de travail réuni au niveau national. Les rubriques obligatoires de ce modèle national structureraient le contrat-type élaboré par chaque ARH pour ses CPOM. La Dhos est réservée sur cette proposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour être utile un modèle de contrat doit avoir été discuté entre tous les partenaires et en fonction des particularités de la région.</li> <li>- cela impose l'ouverture d'une négociation avec les représentants de l'hospitalisation qui sont hostiles à cette approche ;</li> <li>- cette recommandation est contraire au choix de la Dhos arrêté lors des travaux préparatoires au décret CPOM à la demande de l'ensemble des acteurs (ARH, établissements et fédérations) de ne pas imposer de modèle de contrat et de privilégier la démarche régionalisée et l'esprit de la négociation contractuelle.</li> </ul>	<p>La mission relève un désaccord sur le contenu que devrait avoir un contrat ARH-établissement.</p> <p>Pour la mission, il s'agit d'un texte qui détermine les objectifs pluriannuels de l'établissement sur l'ensemble de la prestation de soins rendue à la collectivité, à partir de la détermination des orientations stratégiques et des objectifs quantifiés d'offre de soins issus du SROS (cf. article L. 6114-2 du code de la santé publique et décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et qui précise comment l'atteinte de ces objectifs doit être évaluée. Il lie une ARH et un établissement (ou un détenteur d'autorisation). La dimension contractuelle est liée d'une part à l'accord de l'établissement sur les objectifs (exemple : fixation de la liste des missions d'intérêt général de l'établissement), son engagement sur la mise en œuvre de chacun d'entre eux (on n'attend pas la même performance de chaque établissement de santé) et à l'apport éventuel de moyens de la part de l'ARH (aide à la contractualisation, par exemple, pour la mise en place de systèmes d'information nécessaires à la bonne mise en œuvre de la réglementation).</p> <p>Dès lors, le modèle de contrat n'a pas à être « négocié » avec les représentants de l'hospitalisation : ce modèle aurait vocation à porter les orientations de la DHOS.</p> <p>Il préciserait le contenu des « chapitres » du contrat proposés par la DHOS (qui ne sont que très partiellement suivis par les ARH). Ceci permettrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un traitement plus homogène des établissements sur le territoire (la comparaison du niveau d'exigence des projets de CPOM des 5 ARH rencontrées montre que des différences très importantes existent, cf. annexe V) ;</li> <li>- d'illustrer concrètement pour la DHOS l'évolution du rôle des ARH qu'elle appelle de ses vœux, en mettant l'accent sur la dimension « performance et efficacité » de ces contrats.</li> </ul>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p>Le modèle breton a toutefois été largement diffusé (celui de Rhône-Alpes étant trop spécifique à sa région et déclinant des objectifs du SROS), et complété depuis par des ajouts de la sous-direction E de la Dhos et la Meah pour les annexes qualité, sécurité et efficience dans le cadre d'un travail d'accompagnement itératif avec les chargés de mission efficience et les secrétaires généraux des ARH. En pratique, une offre de service à été faite en ce sens aux ARH qui n'a pas été retenue, les ARH ayant déjà fait ce travail d'adaptation à leur contexte régional.</p> <p>La recommandation des rapporteurs renvoie sans doute à l'état présent d'avancement des contrats dans l'échantillon des 5 ARH auditées à quelques semaines de la date butoir du 31 mars 2007, pour laquelle il était demandé aux ARH de se centrer sur les objectifs quantifiés. Pour la Dhos, cette situation ne justifie pas l'imposition d'un modèle national, les ARH s'étant engagées par ailleurs dans le cadre des contrats Etat/ARH à formaliser une version intégrale des CPOM (par opposition à la version socle) avant le 30 juin 2008. Le cas échéant, le non respect des engagements pris (suivi attentivement par l'administration centrale) imposera une inflexion notable d'une démarche résolument voulue déconcentrée.</p>	<p>Le modèle breton, dont la DHOS indique qu'il a été proposé en modèle, est connu dans ses grandes lignes, mais n'est pas utilisé comme base pour les ARH qui en sont dépourvues (au moins pour l'ARH Poitou-Charentes visitée par la mission et dépourvue de contrat-type régional en novembre 2006).</p> <p>En effet, du point de vue des ARH, les indications données relatives à de « bons exemples » sont très générales ; les ARH perçoivent bien, comme le souligne la réponse au présent rapport, que la DHOS ne souhaite pas se doter d'un modèle national. Dès lors, il n'est pas facile de déterminer ce qui, dans tel ou tel cas, a valeur de modèle et ce qui relève de la situation régionale.</p> <p>La mission a effectivement travaillé à partir de la situation observée en novembre-décembre 2006.</p> <p>Elle renouvelle sa recommandation de proposer aux ARH un contrat-type national dans la perspective de l'élaboration d'une « <i>version intégrale</i> » des CPOM pour le 30 juin 2008. À défaut d'un « modèle national » permettant le pilotage par la DHOS, l'hétérogénéité actuelle constatée au sein du réseau perdurera, sans qu'elle puisse être clairement mesurée. En outre, plusieurs ARH ont fait part à la mission de leur souhait pouvoir se comparer sur leur activité et leurs résultats, comparaison qui serait facilitée par des modèles nationaux.</p>
P11	Recommandation n°32 : Prévoir une évaluation contradictoire de la mise en œuvre des CPOM à partir d'indicateurs de suivi homogènes au sein de la région	Pour l'application des priorités définies par l'ARH, le suivi à partir d'indicateurs homogènes au niveau régional paraît indispensable si les ARH veulent tenir les engagements pris au niveau de l'Etat. D'après les premières remontées d'information, les ARH sont d'ores et déjà en train de mettre en place des dispositifs d'évaluation reposant sur des indicateurs cohérents et harmonisés et sont désireuses d'un accompagnement de la centrale sur les volets efficience et qualité des revues annuelles de contrat. Cette demande donnera lieu dans les prochaines semaines à la mise en place d'un groupe de travail ARH / Dhos (sous-direction E).	Vu.
P11	Recommandation n° 33 : Renforcer les critères relatifs à la qualité et à la sécurité dans les CPOM, notamment pour les établissements pour lesquels une activité est maintenue de manière dérogatoire	Proposition acceptée - Le maintien de situations dérogatoires doit être accompagné d'objectifs de qualité, de sécurité et d'efficience en cohérence avec les priorités nationales (par exemple en matière de lutte contre les IN) et les objectifs régionaux	Vu. L'identification précise des autorisations maintenues à titre dérogatoire pourrait d'ailleurs être encouragée.

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P11	Recommandation n°34 : Conditionner le soutien financier de l'ARH dans les CPOM à la mise en place et l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique	Réserves sur cette préconisation, dont la faisabilité juridique et politique mérite expertise (cf. remarques relatives à la recommandation n°1.)	Une partie de l'aide apportée par les ARH demeure « discrétionnaire ». La mission ne voit pas en quoi la conditionnalité proposée pourrait rencontrer des obstacles juridiques, s'agissant de la mise en œuvre d'une obligation réglementaire.
P11	Recommandation n° 35 : Contractualiser, dans le cadre du CPOM, avec tout établissement présentant des problèmes notables relatifs aux plaintes, aux évènements indésirables, à la certification, à la lutte contre les IN, aux indicateurs COMPAQH ou à l'usage des médicaments	Mesure intéressante, non généralisable. Pour une part, cette recommandation est déjà effective, la contractualisation sur la gestion des risques constituant un item obligatoire des CPOM. Pour une autre part, sa mise en œuvre peut être contre-productive compte tenu d'un risque de confusion des outils ayant chacun leur propre circuit et de multiplication des indicateurs à suivre.	Certes, la gestion des risques est préconisée depuis maintenant quelques années par la DHOS, mais sa mise en œuvre paraît très insuffisante : d'où la recommandation de la mission. Gageons que la mise en œuvre des CPOM y contribuera.
P11	Recommandation n° 36 Introducing dans les CPOM l'évaluation de l'établissement sur la base des indicateurs définis par la Meah et donner des valeurs de référence	La mise en œuvre de cette recommandation est engagée depuis décembre 2006 par la Meah, sous l'égide de la Dhos, et fait l'objet d'une animation fonctionnelle et méthodologique des chargés de mission efficacité des ARH, réunis tous les deux mois par la Dhos et la Meah.	Vu. La mise en œuvre n'était que très partielle en novembre 2006.
P11	Recommandation n°37 : Systématiser l'évaluation des conséquences sur l'exploitation des projets d'investissement, en lien avec les travaux de la Meah	La mise en œuvre de cette recommandation est également en cours dans la perspective d'Hôpital 2012. Un groupe de travail Dhos - Meah - Mainh est en charge d'élaborer pour juin 2007 une grille qui servira de support pour la remontée des projets attendus pour la fin de l'année. Les travaux seront élargis par la suite au-delà des projets Hôpital 2012.	Vu. La mission souligne qu'à l'heure actuelle, les ARH ne disposent pas de tels outils.
P12	Recommandation n°38 : Subordonner le projet d'établissement au CPOM	La mission propose de subordonner le projet d'établissement au CPOM. Le lien juridique entre ces deux instruments a été rompu par l'ordonnance du 4 septembre 2003 (dans la mesure où le projet d'établissement n'est pas une obligation pour tous les établissements privés ou titulaires d'autorisation assujettis au CPOM), même s'il appartient toujours à l'ARH de s'assurer de leur cohérence.	Compte tenu de ses effets, il pourrait être envisagé de revenir sur cette disposition de l'ordonnance.

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
	<i>B.2. Faire des CRE l'instrument d'une politique régionale plus stricte</i>		
Annexe VI p 3	La gestion des situations lourdes par le niveau national	LA DHOS n'entend pas se substituer aux ARH dans la gestion de situations locales difficiles ; lorsqu'un dossier d'établissement est examiné au niveau national, c'est à la demande d'une ARH, par saisine directe ou via le cabinet ; dans tous les cas les ARH sont associées à la décision prise. Une procédure d'instruction des dossiers individuels lourds a été instituée en lien avec l'entrée en fonction des CGES.	La mission constate en pratique que certaines décisions sont prises au niveau national contre l'avis des ARH (mais peut-être aussi de la DHOS).
Annexe VI p 2	Au plan national il n'existe pas de seuil d'alerte	Le décret du 10 janvier 2007 fixe les seuils applicables pour saisir les chambres régionales des comptes en cas de situation financière dégradée	Ce décret ne fixe pas le seuil d'alerte visé par cette annexe : il s'agit d'un seuil conduisant à envisager un contrat de retour à l'équilibre ou toute autre action à l'initiative de l'ARH, préalable logique à la saisine de la CRC.
P12	Recommandation n°39 à 42	<p>La mission préconise qu'une action systématique soit entreprise dès lors qu'un EPRD est exécuté en déséquilibre L'institution d'un suivi trimestriel des EPRD doit permettre une détection précoce des déséquilibres budgétaires par les ARH, de même que l'obligation faite aux établissements de présenter leurs comptes annuels à la tutelle un mois plus tôt (31/5 au lieu du 30/6 n+1). Le suivi des établissements en difficulté constitue par ailleurs un indicateur inclus dans le contrat entre les ARH et le ministère et un élément d'évaluation de leur directeur.</p> <p>La mission préconise également que le recours aux contrats de retour à l'équilibre fasse l'objet d'une formalisation au niveau régional. La DHOS partage cette préoccupation, sans pour autant juger nécessaire d'imposer un format standardisé eu égard à la grande diversité de situations que les ARH ont à gérer.</p>	<p>Vu.</p> <p>S'agissant des contrats de retour à l'équilibre, les propositions de la mission visent non à l'établissement d'un contrat-type au contenu pré-déterminé, comme pour les CPOM, mais plutôt à une méthode-type et à des « points de passage obligés » (cf. annexe VI pp. 6 et 7) : diagnostic contradictoire, délais d'adoption, mise en place d'outils de connaissance des coûts, etc.</p>
	<i>B.3. Développer l'utilisation des CBUM</i>		
P12	Recommandation n°43 : Généraliser l'évaluation systématique des contrats de bon usage	Voir la recommandation n°7 - l'analyse des grilles d'évaluation des CBUM utilisées par les régions permettra d'envisager les modalités de mise en œuvre de cette recommandation.	

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P12	Recommandation n°44 : Etablir un suivi de la consommation des molécules onéreuses par établissement	En cours de réalisation - Dans le cadre de la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments, il est créé en région des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), chargés de ce suivi ; ces observatoires qui ont été installés courant 2006 - leur système d'information avec échanges extranet sécurisés et site accessible aux professionnels et décideurs régionaux et nationaux concernés est en cours de finalisation	La mission a pu observer que l'action des OMEDIT était très variable d'une région à l'autre. Le suivi régional de la consommation des molécules onéreuses remboursées en sus des tarifs n'est pas partout à l'ordre du jour.
	<b><i>C. Améliorer l'utilisation des ARH en matière budgétaire et financière</i></b>		
	<i>C.1. Définir de manière stable les marges de manœuvre contractuelles allouées aux ARH</i>		
P13	Recommandations n°46 à 48	La DHOS a la volonté de déléguer le plus tôt possible dans l'année et la plus grande part des ressources allouées sous forme de dotation ; c'est d'ailleurs ce qui a été fait en 2007. Il n'en demeure pas moins que d'une part tous les crédits ne sont pas déléguables en début d'année, et d'autre part il peut être utile de garder en réserve une partie de ces moyens afin de prévenir tous risques de dépassement de l'ONDAM en cours d'exercice.	Les recommandations 46, 47 et 48 visent à <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Rationaliser au sein de l'enveloppe hors T2A les marges de manœuvre financières dont disposent les ARH</li> <li>- « Permettre aux ARH de financer l'intervention dans les établissements de consultants externes chargés de mener des audits organisationnels</li> <li>- « Définir une grille des critères d'utilisation des crédits au titre de l'aide à la contractualisation</li> </ul> et non les délais de délégation des ressources. D'une manière générale, la mission considère possible et souhaitable de donner plus de marges de manœuvre financières aux ARH à enveloppe constante en fléchant moins les crédits et en leur donnant la possibilité de financer des interventions dans les établissements.
	<i>C.2. Engager une démarche d'évaluation des MIG</i>		
P13	Recommandation n°49	Le guide sur les MIGAC récemment diffusé aux ARH répond à la préoccupation de la mission d'engager une démarche d'évaluation	Ce guide était encore en cours d'élaboration au moment des travaux de la mission et n'a pu ainsi être examiné. Il apparaît essentiel d'en faire une priorité des ARH, compte tenu de la faiblesse actuelle des connaissances en la matière (tant sur les objectifs fixés aux établissements que sur la mesure des moyens effectivement engagés).

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
	<i>C.3. Développer les outils d'analyse de l'EPRD</i>		
P14	Recommandation n°50	Une réflexion a été engagée en ce sens par la S/D F qui anime un groupe de travail sur ce thème avec des chargés de missions d'ARH.	Vu. Certains outils examinés par la mission semblent directement opérationnels.
	<i>C.4. Soutenir les ARH souhaitant aller jusqu'à l'administration provisoire dans les situations les plus dégradées</i>		
P14	Recommandation n°51 : <i>Recourir si besoin à l'intervention de la CRC et à la mise sous administration provisoire et soutenir les ARH dans cette démarche</i>	La publication récente des décrets du 10 janvier 2007 et la nomination des CGES témoignent de la volonté des pouvoirs publics de rendre effectives les dispositions de la loi prévoyant la possibilité de mettre sous administration provisoire les établissements présentant les situations les plus dégradées.	Vu. Ce soutien de l'administration centrale devra être sans doute renouvelé, compte tenu de la nouveauté du dispositif.
	<b>Partie II – Améliorer le fonctionnement collectif des ARH et de leur réseau</b>		
	<i>A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière</i>		
	<i>A.1. Préciser et systématiser les objectifs nationaux</i>		
P15	Recommandation n°53 : Mieux articuler les objectifs nationaux (PAP et PQE) et les contrats Etat/ARH	S'agissant du programme 171, la difficulté est d'articuler les objectifs du contrat Etat/ARH avec un programme qui ne porte pas directement sur le champ des politiques hospitalières mais s'apparente davantage à un programme de soutien des opérateurs d'un montant de 100 millions d'euros. De fait, c'est le contrat Etat/ARH qui alimente les objectifs du PLF et non l'inverse.	Le projet annuel de performance sous-tend la demande de crédits au Parlement et ne saurait être traité comme un sous-produit des contrats DHOS-ARH. Au-delà, il apparaît aujourd'hui surtout nécessaire de mieux coordonner les objectifs du projet annuel de performance et des programmes de qualité et d'efficience accompagnant le PLFSS.
	<i>A.2. Définir la mission des ARH en fonction des critères de performance hospitalière</i>		

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
P16/17 + annexe VII	Diagnostic de la mission sur les contrats d'objectifs Etat/ARH et lettres de mission des DARH	<p>La Dhos conteste le diagnostic de la mission sur les contrats d'objectifs et les lettres de mission aux directeurs et l'articulation entre ces deux supports pour définir les priorités des ARH :</p> <p><u>1. le contrat d'objectifs Etat/ARH</u></p> <p>- <i>sur l'articulation PLF et contrat</i> S'agissant du programme « offre de soins et qualité du système de soins », la difficulté est d'articuler les objectifs du contrat Etat/ARH avec un programme qui ne porte pas directement sur le champ des politiques hospitalières mais s'apparente davantage à un programme de soutien à des opérateurs dont le périmètre est par ailleurs réduit (100 millions d'euros à rapprocher des 60 milliards de l'ONDAM).C'est le contrat qui nourrit les objectifs du PLF et non le PLF qui est décliné à travers le contrat.</p> <p>- <i>sur le contenu du contrat</i> S'il ne porte pas sur l'ensemble du champ d'intervention des ARH beaucoup plus vaste, le contrat affirme bien parmi les 6 objectifs nationaux communs à l'ensemble des agences nationales le respect des objectifs de retour à l'équilibre et d'efficience.</p> <p>Il est utile de rappeler la logique du contrat et le rôle que la DHOS entend lui assigner : le contrat a vocation à établir des priorités d'actions pluriannuelles parmi les politiques de santé, et non à faire de l'amélioration de la performance des établissements son unique objet.</p> <p>L'efficience hospitalière ne doit pas s'apprécier uniquement par les coûts mais également au regard de la réponse en terme d'offre de soins aux besoins de santé des populations. La performance hospitalière est donc bien au cœur du contrat Etat/ARH, notamment à travers les recompositions qui correspondent à l'optimisation de l'offre de soins, du suivi des équilibres financiers dont l'objectif est bien d'obtenir des coûts maîtrisés, et de la qualité et de l'accessibilité des soins qui sont bien l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers.</p> <p>- <i>sur le lien entre le contrat et pilotage du réseau</i> Le contrat constitue un des outils de pilotage et de mobilisation pour l'ARH de son réseau. La commission exécutive est associée pendant la phase d'élaboration du contrat et délibère sur sa signature. Par ailleurs, les différentes composantes de la Comex sont parties prenantes au dialogue de gestion annuel. Le lien entre les contrats signés et les programmes de travail annuels des ARH traduisent la cohérence et</p>	<p>Le projet annuel de performance sous-tend la demande de crédits au Parlement et ne saurait être traité comme un sous-produit des contrats DHOS-ARH.</p> <p>La DHOS indique pourtant que « <i>L'idée que l'amélioration de l'efficience doit être au cœur de la mission des ARH est partagée</i> » (cf. <i>supra</i> 2<sup>ème</sup> observation de la DHOS). La mission considère qu'il ne doit pas s'agir d'un objectif des ARH parmi d'autres mis sur le même plan.</p> <p>La mission a d'ailleurs tout au long de ses travaux (cf. sur ce point la définition de la performance retenue p. 3 du rapport) souligné les liens entre qualité, organisation et coûts.</p>



	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p>l'articulation des objectifs. Enfin, il semble prématuré de se prononcer définitivement sur l'apport d'une démarche en cours de généralisation, cette année, qui fait l'objet d'ajustements successifs et dont le degré d'appropriation peut encore être divers selon les régions et le calendrier suivi. A titre d'exemple on peut s'interroger sur la pertinence de voir analysé de la même façon un contrat signé en juin 2006 (Rhônes-Alpes) et un projet de contrat non validé à ce jour daté de novembre 2006 (Poitou-Charentes).</p> <p>- <i>sur l'appui de la DHOS (moyens inscrits au contrat et modalités de son évaluation) :</i></p> <p>Le contrat porte sur des objectifs prioritaires pour lesquels des financements et des moyens supplémentaires ont été prévus (chargés de mission efficience par exemple). En conséquence, il n'appartenait pas au contrat de flécher une allocation de moyens déjà préaffectés dans le cadre des politiques publiques existantes. Il s'agit bien d'un contrat d'objectif et de gestion et non d'un contrat d'objectif et de moyens. En outre, comme le soulignent les auditeurs l'évaluation intervient à l'occasion d'un dialogue de gestion annuel expérimenté pour seulement 5 régions en novembre – décembre 2006 et il paraît pour le moins prématuré de regretter que les modalités de diffusion des résultats et la mutualisation des bonnes pratiques repérées ne soient pas précisées. Par ailleurs le séquençage de l'ensemble de la démarche qui va du diagnostic partagé jusqu'au dialogue de gestion annuel explique que le degré d'avancement et de connaissance des principes et modalités du suivi et de l'évaluation du contrat ne soient pas identiques selon les régions. Un dispositif de suivi et d'accompagnement est en cours de déploiement et suivra le calendrier de signature des contrats.</p>	<p>La mission n'a bien sûr pas entendu se prononcer « <i>définitivement</i> ». Elle relève cependant que certaines des lacunes relevées par le rapport IGAS n°2005-007 faisant suite à la mission de conseil et d'appui à la mise en œuvre de la démarche expérimentale de contractualisation et de dialogue de gestion entre le ministère et les ARH n'ont pas été totalement comblées à ce jour. Ce rapport proposait en effet d'améliorer la conduite de projet de l'opération de contractualisation et, d'autre part, de définir les concepts et hiérarchiser les priorités et les objectifs.</p> <p>Le rapprochement du contrat de l'ARH Rhône-Alpes et du projet de contrat de l'ARH Poitou-Charentes, effectué dans une pièce jointe à l'annexe VII, a pour but de montrer l'état d'avancement de la démarche à partir de deux régions de taille très différente. L'annexe ne commente pas les différences relevées entre les deux contrats et relève même au contraire que « <i>Au final, le contenu des contrats est très proche</i> » (cf. annexe VII, pièce jointe page 22).</p> <p>La mission ne propose bien évidemment pas de flécher dans le contrat des moyens déjà affectés à des politiques publiques.</p> <p>Sur les modalités de diffusion des résultats, la mission n'entend pas critiquer l'absence de toute diffusion à ce stade, mais l'absence de précision sur l'utilisation qui peut être faite des données communiquées par les ARH à la DHOS. Cette absence nuit à la crédibilité du mécanisme, certains interlocuteurs ayant indiqué à la mission concevoir le contrat comme un outil de remontée de données. Le contenu du dispositif d'accompagnement aurait mérité d'être précisé.</p>

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		<p><u>2. les lettres de mission des DARH</u></p> <p>Les rapporteurs semblent considérer que l'articulation des contrats et des lettres de mission est inaboutie. Ces deux outils rénovés de pilotage des ARH sont pourtant articulés, puisqu'en 2007 l'évaluation des DARH sera fondée à concurrence de 70% sur l'exécution de la tranche annuelle du contrat et de 30% sur l'implication manageriale et l'implication du directeur à l'échelon national. En conséquence, il ne paraît pas pertinent comme le propose les auditeurs de découpler la lettre de mission du DARH et le contrat (annexe VII,p5). Ceci reviendrait en effet à multiplier les objectifs et surtout à priver le contrat de son effectivité dans la mesure où il ne servirait plus de support à l'évaluation. En outre, l'animateur et le porteur du contrat est bien le directeur d'ARH. Dans le cadre rénové des lettres de mission 2007, il est d'ores et déjà prévu de mettre davantage l'accent sur l'efficience des établissements et le développement du contrôle de gestion. Quant à l'organisation du réseau, cet item s'inscrit parfaitement dans ce qui est actuellement demandé au directeur d'ARH au titre de son implication manageriale.</p>	<p>La mission ne considère pas que l'articulation des contrats et des lettres de mission est inaboutie : elle estime au contraire que « <i>le dispositif des lettres de mission évolue et s'inspire du contenu des contrats d'objectifs des ARH</i> » (titre du § I. de l'annexe VIII) : les deux outils sont bien articulés et le constat de la mission est plutôt qu'ils pourraient être plus complémentaires. Elle propose que la lettre de mission des DARH serve avant tout à impulser une dynamique axée sur l'action en matière de performance (en invitant par exemple le DARH à s'inspirer des bonnes pratiques relevées dans telle ou telle région) et sur les sujets pour lesquels l'action personnelle du directeur est attendue.</p> <p>Vu.</p>
P17	Recommandation n°55 : Insérer l'évaluation du CBUM dans le contrat Dhos-ARH	Le CBUM constitue une obligation réglementaire. Parce qu'elle emporte des conséquences sur les ressources financières des établissements, l'évaluation est nécessairement assurée par les ARH. De ce fait, il ne paraît pas utile de l'insérer dans le contrat Etat-ARH.	Le contenu des CBUM est très variable d'une région à l'autre, non seulement dans le calendrier de réalisation, mais également dans le degré de précision des procédures à mettre en place. Il serait utile que la DHOS précise ce qui est attendu de chaque ARH.
P17	Recommandation n°57 : Insérer dans les lettres de mission des DARH des objectifs relatifs à l'efficience des établissements, au développement du contrôle de gestion et à l'amélioration de la qualité des soins.	Il est prévu de renforcer dès 2007 la présence de ces items dans le cadre des lettres de mission rénovées.	Vu.
P17	Recommandation n°58 : Fixer dans les lettres de mission des objectifs définis à l'initiative du ministère et les recentrer sur les sujets sur lesquels le directeur apporte un plus mesurable	Pour 2007, les lettres de mission des DARH sont élaborées à partir d'une trame établie par la DHOS et selon un processus itératif avec les ARH.	Vu. Les remarques de la mission visaient non pas la trame, mais surtout le contenu de ces lettres de mission pour chacun des thèmes abordés – la trame est très proche d'une région à l'autre, en revanche le niveau d'exigence est très variable (cf. annexe VIII et la pièce jointe qui compare les lettres de mission de 5 DARH).

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
	Recommandation n°59 : Formaliser l'évaluation des DARH	La Dhos considère que cette recommandation est déjà mise en œuvre. En effet, la procédure d'évaluation des DARH, qui s'inscrit dans un dispositif de rémunération à la performance inspiré de celui retenu pour les directeurs d'administration centrale, est formalisée depuis la fin de l'année 2006 Elle repose sur une grille d'évaluation commune à l'ensemble des directeurs assise sur un scoring d'indicateurs pondérés. Ce dispositif sera conforté et enrichi en 2007, conformément à ce qui a été présenté au comité ministériel des rémunérations. L'évaluation sera fondée pour 70% sur l'exécution annuelle de la tranche du contrat Etat/ARH et 30% sur la performance managériale et leur implication au niveau national. Les résultats feront l'objet d'un rapport de synthèse devant le comité ministériel des rémunérations.	Vu. Cette grille n'a pas été communiquée à la mission.
	<i>A.3. Mieux associer la DSS au pilotage des ARH</i>		
P17	Recommandation n°60 : Associer la DSS au pilotage des ARH, notamment dans l'élaboration des contrats d'objectifs des ARH et des lettres de mission des DARH	La DSS est associée à ce pilotage à travers la préparation des campagnes budgétaires et sa participation au conseil de l'hospitalisation. La DSS assiste, en outre, à toutes les réunions des ARH et le directeur de la DSS y intervient régulièrement.	La présence de la DSS aux réunions de DARH est positive, mais ne permet pas la prise en compte de ses objectifs dans les contrats DHOS-ARH ni dans les lettres de mission des DARH ; les objectifs des ARH vont bien au-delà des campagnes budgétaires. Une association plus étroite de la DSS serait souhaitable et elle y est favorable, comme le montre sa réponse au rapport provisoire.
	<i>A.4. Développer une méthodologie rigoureuse d'analyse des projets d'investissement</i>		
P17	Recommandation n°61 : Veiller à la soutenabilité des projets d'investissement dans la perspective du plan Hôpital 2012 et élaborer une grille d'analyse des projets d'investissement	D'ores et déjà, les établissements doivent produire un plan global de financement pluriannuel faisant partie de leur projet d'établissement, révisable chaque année et devant être fourni à l'appui de l'EPRD. Ce plan comporte une évaluation de la CAF et de l'impact des investissements envisagés sur l'exploitation et sur les équilibres financiers de l'établissement.  La MAINH a par ailleurs travaillé sur une méthodologie de calcul du retour sur investissement. Dans le cadre du plan « H 2012 » une grille d'évaluation des projets est en cours d'élaboration.	Les PGFP examinés par la mission sont de qualité très inégale. Les ARH ne sont pas toujours apparues en situation d'apprécier la soutenabilité financière des investissements.  Vu. La recommandation de la mission vise à éviter la situation du plan Hôpital 2007, qui a conduit à demander aux ARH de présenter des projets en quelques mois, sans expertise des projets.

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	<b>B. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la Meah</b>		
P18	<i>B.1. Associer les ARH au choix des établissements participant aux chantiers Meah</i>	Fait ; instruction de la Dhos aux ARH et à la Meah le 1 <sup>er</sup> août 2006. En pratique, la Meah informe les ARH des établissements candidats aux chantiers de déploiement, les ARH formulent leurs avis.	La mission ne fait pas le même constat que la DHOS sur ce sujet : les ARH rencontrées ne s'estimaient pas en mesure de proposer des candidats. Au-delà de « l'instruction » de la DHOS du 1 <sup>er</sup> août 2006, la mission propose une véritable association des ARH à la décision (à partir d'une analyse de la situation comparée des établissements de santé de la région, telle qu'elle ressort de l'examen des projets de CPOM).
P18	<i>B.2. Mieux associer les ARH aux thèmes de travail et mieux diffuser les résultats</i>	La conférence est associée au choix des thèmes de travail et à la diffusion des résultats.	La conférence des DARH formule des propositions. La mission a relevé que parmi les propositions pour 2007, une seule avait été retenue. Plus largement, la mission préconise une évolution du positionnement de la MEAH, aujourd'hui au service des établissements, pour en faire un appui réel à l'action des ARH.
P18	<i>B.3. Mettre en œuvre une politique d'audit des établissements en difficulté sur la base des travaux Meah</i>	La Meah est associée aux travaux de construction des méthodologies d'audit.	La recommandation ne vise pas la MEAH, mais l'utilisation effective de ses travaux : est recommandé « le développement des opérations d'audit, (...) en ayant recours à des moyens proportionnés au besoin : en interne à l'ARH et avec l'appui, le cas échéant, du Trésor public, en recourant à des auditeurs externes, en recourant aux conseillers généraux des établissements de santé, de façon sélective et en fonction du diagnostic réalisé en région ». Dans chacune de ces configurations d'audit, il est souhaitable de s'appuyer sur les travaux de la MEAH.
	<b>C. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents</b>		
P19	<i>C.1. Mutualiser le travail entre régions proches au niveau des équipes rapprochées</i>	La mutualisation existe <i>de facto</i> . Les chargés de mission ARH se rencontrent et échangent à divers titres. Les régions limitrophes ont développé des rencontres, par ex. pour la préparation des SROS (étude des flux des patients). De nombreux dispositifs sont inter - régionaux : Omedit, groupe référent sur les achats, chargés de mission efficacité ou SIH, etc. Les chargés de mission sont réunis, par domaine de compétence, par l'administration centrale, ce qui contribue à la création de réseaux et aux échanges. La Dhos peut y inciter d'avantage.	La mission ne partage pas l'appréciation de la DHOS : les mutualisations sont apparues limitées, ce qu'illustre d'ailleurs le retard pris dans l'élaboration des schémas interrégionaux d'organisation des soins. Le fait que certains chargés de mission soient partagés entre plusieurs régions se traduit avant tout par une moindre intégration, en général, à l'équipe de l'ARH. Les mutualisations devraient effectivement être encouragées par la DHOS, par exemple à travers les lettres de mission aux directeurs des ARH les plus petites.

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
P19	<i>C.2. Mettre en place les conditions d'une mutualisation des expériences au niveau de la Dhos</i>	La mutualisation des expériences est croissante, notamment grâce aux TIC. Voir par exemple les travaux réalisés par la mission d'accompagnement des réformes.	
P19	<i>C.3. Mettre en place des groupes de travail référents pour associer plus étroitement les ARH à l'élaboration des outils</i>	C'est le mode de fonctionnement usuel de la Dhos et des ARH, récemment approfondi avec la constitution de CTRI de référence.	La mission propose la constitution de groupes de travail sur des thèmes non encore couverts (par exemple, l'évaluation des directeurs d'hôpitaux).
	<b>D. Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition d'agents des DDASS et en renforçant la collaboration avec le Trésor public</b>		
	<i>D.1. Etudier la possibilité d'une régionalisation des services de l'Etat</i>	Cette recommandation appelle une réponse politique, dépassant largement le cadre de l'audit.	Il était demandé de formuler des propositions sur l'organisation et le fonctionnement des ARH. Compte tenu des travaux en cours sur l'adéquation des missions et des moyens des DRASS et DASS (mission IGF-IGAS), ce scénario est apparu digne d'intérêt.
P21	Recommandation n° 72 : Régionalisation des services de l'Etat	solution possible indissociable de l'aboutissement d'une réflexion sur l'organisation des services de l'Etat au niveau régional ; doit s'appréhender au regard de l'ensemble des missions qu'ils prennent en charge et non de la seule hospitalisation ; La régionalisation des moyens ne doit pas conduire à faire disparaître la notion d'échelon de proximité qui est le garant d'un suivi territorialisé efficace, notamment des établissements de santé.	
	<i>D.2. Faire évoluer le statut d'agents chargés de la politique hospitalière</i>	A ce stade, la Dhos n'est pas convaincue de l'opérationnalité de la proposition faite.	
P21	Recommandation n° 73, 74, 75 : Evolution du statut des agents chargés de la politique hospitalière	Cette proposition, à travers notamment la mise à disposition fonctionnelle, paraît difficile à mettre en œuvre dans un contexte de diminution des moyens des services déconcentrés de l'Etat, alors que les agents en charge de la politique hospitalière peuvent être amenés à assurer également d'autres missions sur d'autres champs de compétences du ministère notamment en matière de santé publique. Il convient au contraire de préserver la nouvelle dynamique qui	La proposition de la mission vise des solutions de mise à disposition et non d'évolution des statuts. La proposition n°74 « Clarifier les procédures et supprimer les navettes entre services » ne pose a priori pas de problème de mise en œuvre, non plus que la proposition n°75 (« faire appel aux directeurs de services déconcentrés, en tant que de besoin, par lettre de mission »).

	<b>Remarques des missions d'inspections</b>	<b>Observations DHOS</b>	<b>Réponse de la mission</b>
		s'instaure en poursuivant la réflexion en cours sur l'allègement des tâches des services déconcentrés. Les dialogues de gestion qui se sont déroulés en 2006 avec les CTRI ont ainsi montré que dans un contexte contraint, les services de l'Etat ont globalement maintenu les moyens sur le champ hospitalier.	
	<i>D.3. Renforcer la collaboration avec le Trésor Public</i>	La collaboration avec le Trésor public vaut d'être soutenue. Toutefois, la complexité de la situation hospitalière dans sa totalité et la détermination des solutions à apporter aux situations difficiles ne peuvent apparaître au vu des seules analyses financières du Trésor.	A l'évidence. La mission préconise que les ARH s'appuient pleinement sur l'expertise financière existant au sein des services de l'Etat, compte tenu de la faiblesse des moyens dont elles disposent.
P21	Recommandations n°76 à 79	<p>Il est effectivement souhaitable de disposer plus précocement des comptes annuels. Dans l'attente, le dernier état de suivi quadrimestriel de l' EPRD qui doit être produit au plus tard le 15/3 n+1 permet de connaître avec un degré de précision suffisant l'exécution de l'année écoulée.</p> <p>Il doit être rappelé que les MEEF sont régulièrement sollicitées par les ARH pour expertiser la faisabilité financière des projets d'investissements des EPS. En outre, les ARH dans le cadre des missions d'enquête qu'elles diligentent peuvent faire appel à des inspecteurs du Trésor (article R 6145- 39 du CSP).</p> <p>Il convient enfin de préciser qu'il n'existe pas de recoupement entre l'outil Cabestan et l'outil Oréghon, lesquels ne sont pas de même nature : Cabestan est une boîte aux lettres informatique dans laquelle les établissements déposent les états de suivi quadrimestriels qu'ils sont tenus de transmettre à l'ARH (application de l'article R 6145- 6 du CSP), sous un format également défini réglementairement (arrêté du 26 octobre 2006). Oréghon est un logiciel développé par la DGCP qui fournit des indicateurs sur l'exécution par le comptable public de l'EPRD. L'ensemble des informations disponibles sur Cabestan et fournies par Oréghon, sont complémentaires et non redondantes.</p>	<p>Vu. Les recommandations visent à faire usage plus régulièrement de cette possibilité.</p> <p>La mission considère également que les outils OREGHON et CABESTAN sont complémentaires et c'est pourquoi elle préconise leur meilleure articulation.</p>

RÉPONSE DE LA DIRECTION DU BUDGET

DIRECTION DU BUDGET  
139, RUE DE BERCY  
75572 PARIS CEDEX 12

PARIS, LE 29 MAR. 2007

TÉLÉDOC 275  
BUREAU 6BCS  
N° 6BCS-07-992

NOTE

pour Monsieur le Chef du service  
de l'Inspection générale des Finances

Télédoc 335

**Objet** : **Audit de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances sur les ARH et le pilotage de la performance et de l'efficacité hospitalières.**

**V/Réf.** : Lettre BR 2007/02/22/43 du 22 février 2007.

Vous m'avez transmis un exemplaire du rapport provisoire de l'audit que l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances ont réalisé sur les ARH et le pilotage de la performance et de l'efficacité hospitalières.

J'ai bien noté que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a souhaité que cet audit puisse appuyer une démarche de promotion de la performance et de l'efficacité hospitalières.

L'audit met clairement en lumière le rôle pivot des ARH dans le développement d'une culture de la performance à l'hôpital. Cette préconisation implique que les ARH se concentrent plus fortement qu'aujourd'hui sur un travail d'expertise médico-économique, ce qui correspond à une évolution de leurs tâches.

De ce point de vue, la question des ressources humaines mobilisables des agences apparaît comme une question cruciale : le renforcement de l'approche médico-économique implique de fait la mobilisation d'équipes dont le degré d'expertise puisse être conforté et auxquelles des orientations et des priorités d'action très claires puissent être données.

Cela implique de clarifier et d'améliorer le fonctionnement du réseau des agences et de l'administration déconcentrée du ministère de la santé. Le rapport sur ce point préconise :

- d'une part, une régionalisation des services afin de conforter et de clarifier le rôle des services de l'État chargés du suivi de la politique hospitalière, les compétences des DDASS étant en effet aujourd'hui trop morcelées et l'articulation DRASS-ARH-DDASS restant peu claire. La logique de concentrer à l'ARH l'expertise hospitalière doit être défendue ;
- et d'autre part, une évolution du dispositif actuel de mise à disposition de services (donc de "temps homme") vers des mises à disposition fonctionnelles nominatives des agents. Une telle évolution du mode de fonctionnement des agences serait très positive et permettrait d'avoir des lignes hiérarchiques simples, claires et opérationnelles.





Ce type d'évolution des relations entre les ARH et leur réseau ne doit au demeurant pas être limité au champ des seuls services de l'État mais être étendu aux équipes de l'assurance maladie.

Le rapport préconise par ailleurs clairement :

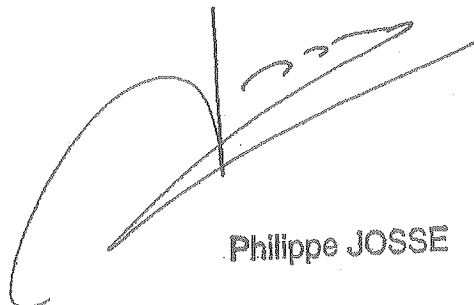
- d'une part, que le travail de la MEAH soit valorisé afin (sous réserve d'anonymat) de constituer des bases de données de référence ;
- d'autre part, que l'ATIH joue un rôle « d'intégrateur » des données provenant de la HAS, de la MEAH de la mission d'appui des réformes.

S'agissant de la MEAH, la valorisation du travail réalisé doit en effet être encouragée. Cette valorisation doit être accompagnée d'une clarification des rôles respectifs de la MEAH et de la mission nationale d'appui aux investissements hospitaliers (MAINH).

En ce qui concerne la MAINH, son rôle d'expertise devrait être affirmé afin notamment de permettre les analyses préconisées par la mission sur la soutenabilité financières des projets d'investissement, notamment en liaison avec le réseau du Trésor public. Ce travail d'expertise financière doit être développé par la MAINH en lieu et place du pilotage d'enveloppes financières dont la responsabilité incombe aux ARH lesquelles doivent en rendre compte à la DHOS.

S'agissant de l'ATIH, un audit de modernisation spécifique doit prochainement clarifier les rôles respectifs de la DHOS et de cette agence, afin notamment de progresser dans la préparation d'un contrat d'objectif et de moyens.

LE DIRECTEUR DU BUDGET



Philippe JOSSE

**PIECES JOINTES**

## **LISTE DES PIECES JOINTES**

**PIECE JOINTE N°1 : TABLEAUX DES RECOMMANDATIONS**

**PIECE JOINTE N°2 : FICHE DE LANCEMENT DE MISSION**

**PIECE JOINTE N°3 : NOTE DE CADRAGE**

**PIECE JOINTE N°4 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

**PIECE JOINTE N°1**

**TABLEAUX DES RECOMMANDATIONS**

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
	<b>1. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière</b>	§ I.A		
	<i>Imposer la généralisation de la mesure de la qualité et de l'efficacité</i>	§ I.A.1		
1	Faire de la généralisation de la comptabilité analytique une priorité	p. 7	Annexe V p. 8	DHOS
2	Définir une chaîne de collecte et de diffusion pour tous les indicateurs suivis au niveau national	p. 8	Annexe VII p.9	DHOS
	<i>Qualité</i>			
3	Mettre en place dans les meilleurs délais la généralisation de la mesure des indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur validation	p.8	Annexe II p. 14	DHOS et équipe COMPAQH, ARH
4	Inciter chaque établissement à mettre en place un logiciel et une base de données d'identification, d'analyse et de gestion des plaintes	p.8	Annexe II p. 15	ARH
5	Informers les ARH des plaintes adressées aux services concernant les établissements de santé et des suites données	p.8	Annexe II p. 15	ARH ( réseau)
6	Œuvrer à la mise en place dans chaque établissement d'un système de gestion informatisé des événements indésirables et en suivre la montée en charge.	p.8	Annexe II p. 15	ARH
7	Suivre un indicateur, si possible un score moyen, relatif aux contrats de bon usage médicamenteux des établissements de la région.		Annexe II p. 15	ARH
8	Suivre les résultats annuels de l'indicateur ICALIN et notamment les taux d'établissements classés en A ou B, celui des établissements classés en D ou E, celui des non répondants et leurs évolutions.		Annexe II p. 15	ARH
9	Suivre le taux d'établissements certifiés dans le cadre de la 2 <sup>e</sup> vague HAS par rapport au nombre total d'établissements de la région.	p.8	Annexe II p. 15	ARH
	<i>Efficacité (coûts / organisation)</i>			
10	Mettre en place une mesure des coûts dans les établissements et généraliser l'usage des TCCM	p.8	Annexe V p.8	DHOS, ARH
11	Effectuer un suivi de la DMS des établissements par comparaison à la moyenne nationale, sur la DMS moyenne pondérée par établissement d'une part et pour des GHM ciblés d'autre part	p. 8	Annexe IV p. 7 et tableaux annexe III	ARH

## Liste des recommandations, page 2

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
12	Généraliser la mesure des indicateurs MEAH les plus fiables et les plus pertinents (taux d'occupation du bloc, etc.)	p.8	Annexes V p. 11 et VI p. 9	DHOS, ARH
13	Mettre en place, diffuser et utiliser des modèles types de tableaux de bord, par exemple via Parhtage	p.8	Annexe III	DHOS, ATIH, ARH
	<b><i>Mettre à la disposition des ARH des outils de pilotage utiles</i></b>	<b><i>§ I.A.2</i></b>		
14	Mettre à disposition des ARH sous forme informatique (base de données) la liste actualisée trimestriellement des établissements faisant l'objet de réserves et de réserves majeures pour la certification	p. 9	Annexe II p. 15	HAS
15	Mettre en place une base de données sous forme informatique reprenant les scores anonymisés des établissements ayant participé aux chantiers MEAH depuis 2003	p. 9		MEAH
16	Mettre en place une base de données nationale recensant les résultats obtenus par les établissements testés dans le cadre du Diagnostic Flash	p. 9	Annexe I p. 11	DHOS (MAR), ARH
18	Diffuser les données de coûts issues de l'ENC	p. 9	Annexe IV p. 9	DHOS, ATIH
19	Assurer un déploiement rapide de Parhtage Décision et partager les données avec les établissements de santé	p. 9	Annexe I p. 10	DHOS, ATIH
20	Inclure dans Parhtage Décision les données disponibles en matière d'évaluation de la qualité.		Annexe I p. 10	DHOS, ATIH
	<b><i>Développer l'analyse de la performance aux plans national et régional</i></b>	<b><i>§ I.A.3</i></b>		
	<b><i>En matière d'efficience et d'organisation</i></b>			
21	Déterminer sur plusieurs années les GHM représentant le nombre de séjours le plus important et les GHM représentant le coût total le plus important	p.10	Annexe IV p. 7	ATIH
22	Étudier les causes de dispersion de durée de séjour pour les GHM pour lesquels les écarts types par rapport à la DMS sont les plus importants – idem pour les coûts à partir de l'ENC	p.10	Annexe IV p. 8	ATIH (association éventuelle d'équipes de recherche)
23	Conduire des études d'impact mesurant précisément l'amélioration de la DMS (des coûts lorsque c'est possible) dans les établissements ayant conduit des chantiers MEAH	p.10	Annexe IV p. 8	MEAH, ATIH
24	Étudier la pertinence de la nomenclature OAP en analysant les résultats agrégés en termes de DMS et de coûts – tester la possibilité d'un TCCM « OAP »	p.10	Annexe IV p. 8	ATIH, MEAH
25	Étudier les sources d'écart de dispersion des coûts et des DMS pour les GHM concernés	p.10	Annexe IV p. 8	ATIH, équipes de recherche

### Liste des recommandations, page 3

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
26	Affiner la connaissance du lien entre DMS et coûts par des analyses sur l'ENC	p.10	Annexe IV p. 8	ATIH
27	Étudier l'impact des facteurs transversaux de coûts dans l'ENC	p.10	Annexe IV p. 8	ATIH
28	Développer les analyses médico-économiques et la fonction d'étude au niveau régional	p. 10	Annexe IX p. 19	ARH
	<i>En matière de qualité</i>			
29-30	Continuer les travaux de méthode en matière de mesure de la qualité (COMPAQH) Poursuivre l'effort de recherche en matière de mesure de la qualité notamment pour : - l'identification des facteurs expliquant les différences de qualité observées entre établissements - évaluer les avantages et inconvénients des utilisations possibles de ces indicateurs (notamment en terme de diffusion publique et d'incitation économique à l'égard des établissements) - développer d'autres indicateurs plus spécifiques de certaines pathologies ou de la particularité des établissements (CLCC, SSR, psychiatrie), et ainsi mieux évaluer le service rendu aux personnes malades	p. 10	Annexe II p. 13	DHOS, INSERM, HAS  DHOS, équipe COMPAQH
	<b>2. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH</b>	§ I.B		
	<i>Généraliser un modèle de contrat exigeant en s'appuyant sur les bons exemples et souligner l'importance du CPOM pour formaliser la relation ARH - établissement</i>	§ I.B.1		
31	Mettre en place un contrat type de CPOM aux niveaux national et régional	p. 11	Annexe V p. 8	DHOS, ARH
32	Prévoir une évaluation contradictoire de la mise en œuvre des CPOM à partir d'indicateurs de suivi homogènes au sein de la région	p. 11	Annexe V p. 9	ARH
33	Renforcer les critères relatifs à la qualité et à la sécurité dans les CPOM, notamment pour les établissements pour lesquels une activité est maintenue de manière dérogatoire	p. 11	Annexe V p. 8	ARH
34	Conditionner le soutien financier de l'ARH dans les CPOM à la mise en place et l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique	p. 11	Annexe V p. 9	ARH
35	Contractualiser, dans le cadre du CPOM, avec tout établissement présentant des problèmes notables relatifs aux plaintes, aux événements indésirables, à la certification, à la lutte contre les infections nosocomiales, aux indicateurs COMPAQH ou à l'usage des médicaments	p. 11	Annexe II p. 15	ARH
36	Introduire dans les CPOM l'évaluation de l'établissement sur la base des indicateurs définis par la MEAH et donner des valeurs de référence	p. 11	Annexe V p. 12	ARH

## Liste des recommandations, page 4

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
37	Systématiser l'évaluation des conséquences sur l'exploitation des projets d'investissement, en lien avec les travaux de la MEAH	p. 11	Annexe V p. 13	ARH
38	Subordonner le projet d'établissement au CPOM	p. 12	Annexe V p. 14	DHOS
	<i>Faire des contrats de retour à l'équilibre l'instrument d'une politique régionale plus stricte</i>	§ I.B.2		
39	Formaliser les conditions de recours à un CRE et inclure des délais de signature	p. 12	Annexe VI p. 8	ARH
40	Conditionner la signature d'un CRE à la réalisation d'un diagnostic précis et contradictoire	p. 12	Annexe VI p. 8	ARH
41	Densifier les CRE pour accroître les exigences d'efficacité, en incluant notamment la mise en place d'outils de connaissance des coûts et le lancement de chantiers d'organisation MEAH avec des valeurs cibles	p. 12	Annexe VI p. 9	ARH
42	Introduire des éléments relatifs à l'implication du directeur de l'établissement dans la mise en œuvre du CRE dans l'évaluation réalisée par le DARH	p. 12	Annexe VI p. 10	DHOS, ARH
	<i>Développer l'évaluation des CBUM et mettre en œuvre la modulation du remboursement</i>	§ I.B.3		
43	Généraliser l'évaluation systématique des contrats de bon usage	p.12	Annexe V p. 8	DHOS, ARH
44	Établir un suivi de la consommation des molécules onéreuses par établissement	p.12		ARH
45	Appliquer la modulation des remboursements prévue par le décret CBUM	p.12		DHOS, ARH
	<b>3. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière</b>	§ I.C		
	<i>Définir de manière plus stable les marges de manœuvre contractuelles allouées aux ARH</i>	§ I.C.1		
46	Rationaliser, au sein de l'enveloppe hors T2A, les marges de manœuvre financières dont disposent les ARH	p. 13	Annexe VII p. 14	DHOS
47	Permettre aux ARH de financer l'intervention dans les établissements de consultants externes chargés de mener des audits organisationnels	p. 13	Annexe VII, p. 14	DHOS, ARH
48	Définir une grille des critères d'utilisation au titre de l'aide à la contractualisation.	p. 13	Annexe VII p. 12	ARH
	<i>Engager une démarche d'évaluation des MIG</i>	§ I.C.2		
49	Engager une démarche d'évaluation des MIG permettant d'identifier les moyens engagés, de définir des indicateurs de performance et d'évaluer les résultats obtenus par les établissements	p. 13	Annexe V p. 9	DHOS, ARH



## Liste des recommandations, page 5

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
	<i>Développer les outils d'analyse de l'EPRD</i>	§ I.C.3		
50	Généraliser rapidement des outils d'analyse des EPRD à partir des exemples existants	p. 14	Annexe VI p. 7 et annexe I (tableaux)	DHOS
	<i>Soutenir les ARH souhaitant aller jusqu'à l'administration provisoire dans les situations les plus dégradées</i>	§. I.B.4		
51	Recourir si besoin à l'intervention de la chambre régionale des comptes et à la mise sous administration provisoire et soutenir les ARH dans cette démarche.	p. 14	Annexe VI p. 11	ARH, DHOS
	<b>4. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière</b>	§ II.A		
	<i>Préciser et systématiser les objectifs nationaux</i>	§ II.A.1		
52	Mieux articuler les objectifs nationaux (PQE, PAP) et renforcer les objectifs d'efficience dans les PQE	p. 15		DHOS, DSS
	<i>Définir la mission des ARH en fonction de critères de performance hospitalière</i>	§ II.A.2		
53	Articuler les contrats d'objectifs avec les PQE	p. 17		DSS, DHOS
54	Mener des comparaisons de la performance des établissements sur la base des travaux de la MEAH et insérer cet objectif dans le contrat DHOS ARH	p. 17	Annexe VII p. 13	ARH, DHOS, DSS
55	Insérer l'évaluation du CBUM dans le contrat DHOS ARH		Annexe VII p. 12	DHOS, DSS
56	Intégrer au contrat d'objectifs des priorités relatives à l'efficience (recours aux travaux MEAH, examen des projets d'investissement, politique des CRE, etc.)	p. 17		DHOS, DSS
57	Insérer dans les lettres de mission des DARH des objectifs relatifs à l'amélioration de la productivité des établissements, à l'efficience des établissements, au développement du contrôle de gestion et à l'amélioration de la qualité des soins	p. 17	Annexe VIII p. 8	DHOS, DSS
58	Fixer dans les lettres de mission des objectifs définis à l'initiative du ministère (et non pas seulement des DARH) et les recentrer sur les sujets sur lesquels le directeur peut apporter un plus mesurable	p. 17	Annexe VIII p. 10	DHOS, DSS
59	Formaliser l'évaluation des DARH		Annexe VIII p.11	DHOS
	<i>Mieux associer la DSS au pilotage des ARH</i>	§ II.A.3		
60	Associer la DSS au pilotage des ARH notamment dans l'élaboration des contrats d'objectifs des ARH et des lettres de mission des DARH	p. 17		DHOS, DSS

## Liste des recommandations, page 6

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
	<i>Développer une méthodologie rigoureuse d'analyse des projets d'investissement</i>	§ II.A.4		
61	Veiller à la soutenabilité des projets d'investissement dans la perspective du plan Hôpital 2012 et élaborer une grille d'analyse des projets d'investissement	p. 17	Annexe VII p. 10	ARH, MAINH, MEAH
	<b>5. Impliquer les ARH dans les chantiers pilotes et dans la généralisation des travaux de la MEAH</b>	<b>§ II.B</b>		
	<i>Associer les ARH au choix des établissements participant aux chantiers MEAH</i>	§ II.B.1		
62	Associer les ARH au choix des établissements participant aux travaux de la MEAH pour écarter certains candidats et privilégier des candidats prioritaires	p. 18	Annexe VI, p. 10	ARH, MEAH
63	<i>Mieux associer les ARH au choix des thèmes de travail et mieux diffuser les résultats</i>	§ II.B.2		
64	Mieux associer les ARH au choix des thèmes et leur confier le choix de l'un des chantiers pilotes chaque année	p. 18		
65	Mieux diffuser aux ARH les résultats des travaux MEAH en s'appuyant sur les chargés de mission efficience	p. 18		MEAH
	<i>Mettre en oeuvre une politique d'audit des établissements en difficulté sur la base des travaux de la MEAH</i>	§ II.B.3		
66	Mettre en œuvre une politique d'audit sur les établissements en difficulté en ayant recours à des moyens proportionnés au besoin (internes / auditeurs externes / appui MAR)	p. 18		DHOS, ARH
67	Engager une politique de benchmark sur la base des indicateurs MEAH	p. 18		MEAH, ARH
	<b>6. Mutualiser les expériences entre régions et systématiser les groupes de travail référents</b>	<b>§ II.C</b>		
	<i>Mutualiser le travail entre régions proches au niveau des équipes rapprochées</i>	§ II.C.1		
68	Développer des coopérations interrégionales entre ARH frontalières (groupes de travail, compétence en audit)	p. 19	Annexe IX p. 21	ARH
	<i>Mettre en place les conditions d'une mutualisation des expériences au niveau de la DHOS</i>	§ II.C.2		
69	Favoriser la mutualisation des bonnes pratiques des ARH, notamment <i>via</i> Parthage information	p. 19	Annexe IX p. 21	DHOS, ATIH

## Liste des recommandations, page 7

Numéro	Recommandation	Pages du rapport	Pages des annexes	Responsable(s) de mise en œuvre*
	<i>Mettre en place des groupes de travail référents pour associer plus étroitement les ARH à l'élaboration des outils</i>	§ II.C.3		
70	Mettre en place des groupes de travail référent associant les ARH pour l'élaboration d'outils mis à leur disposition (exemple : modèle de CPOM, suivi du projet parthage, etc.).	p. 19	Annexe IX p. 19	DHOS
71	Mettre en place une grille d'évaluation des directeurs d'établissement	p. 19		DHOS
	<b>7. Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition d'agents es DDASS et renforçant la collaboration avec le Trésor public</b>	§ II.D		
	<i>Étudier la possibilité d'une régionalisation des services de l'État</i>	§ II.D.1		
72	Envisager une mutualisation de la politique hospitalière au niveau régional pour les services de l'État, en prenant en compte les particularités locales (taille de la région notamment)	p. 20	Annexe IX p. 21	Ministère, ARH
	<i>Faire évoluer le statut des agents chargés de la politique hospitalière</i>	§ II.D.2		
73	Envisager la mise à disposition fonctionnelle des agents du réseau	p. 20	Annexe IX p. 17	DHOS, DAGPB
74	Clarifier les procédures et supprimer les navettes entre services sans valeur ajoutée.		Annexe IX p. 21	ARH
75	Faire appel aux directeurs de services déconcentrés, en tant que de besoin, par lettre de mission.		Annexe IX p. 21	ARH
	<i>Renforcer la collaboration avec le Trésor public</i>	§ II.D.3		
76	Établir des relations régulières ARH – services déconcentrés du Trésor	p. 21	Annexe VI p. 9	
77	Mettre à disposition les données comptables du Trésor public plus tôt dans l'année, le cas échéant par convention de partenariat, pour permettre l'examen des EPRD	p. 21		DGCP, ARH
78	Mieux s'appuyer sur l'expertise du trésor public pour les CRE et la mobilisation d'une compétence d'audit	p. 21	Annexe VI p. 9	ARH
79	Coordonner les outils de suivi de l'EPRD mis en place par le ministère de la Santé (Cabestan) et le Trésor public (Oregon)	p. 21		DHOS, DGCP

*Note : la mission précise que la DHOS est concernée de manière générale par l'ensemble des préconisations – les organismes tels que l'ATIH, la MEAH, etc. ne pourront les mettre pleinement en œuvre que si elles font l'objet d'orientations précises de la part de la DHOS. Par ailleurs, une grande part des préconisations suppose également une mise en œuvre par les établissements.*

**PIECE JOINTE N°2**

**FICHE DE LANCEMENT DE MISSION**

# LES AGENCES REGIONALES D'HOSPITALISATION ET LE PILOTAGE DES DEPENSES HOSPITALIERES

<b>Ministère concerné</b>	Santé et solidarités
<b>Programme concerné</b>	Offre de soins et qualité du système de soins
<b>Contexte de l'audit</b>	<p>Le système hospitalier a connu depuis 2004 de profonds bouleversements qui ont eu un impact sur son cadre de financement, d'organisation et de fonctionnement.</p> <p>Malgré l'intérêt qu'ils ont à agir, les établissements de santé rencontrent encore des difficultés à s'engager activement dans une démarche d'amélioration de la performance de leurs processus à un rythme compatible avec les exigences de la gestion publique (gains de productivité, convergence entre établissements). Les ARH ont parfois du mal à jouer le rôle d'aiguillon et de catalyseur attendu d'elles dans la conduite d'un chantier dont les établissements, autonomes, portent au premier chef la responsabilité.</p>
<b>Objectifs de l'audit</b>	<p>Les enjeux de l'audit sont importants, compte tenu du niveau de dépenses hospitalières (63,7 milliards d'euros prévus en 2007). L'audit vise à préciser sous quelle forme et de quelle manière les ARH doivent s'emparer de leur nouvelle mission d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé, pour que les établissements dégagent des gains d'efficacité.</p> <p>Il conviendra pour cela notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'identifier les facteurs clés influençant l'implication des établissements dans la démarche d'amélioration de la performance et de proposer les mécanismes et outils permettant aux ARH de mieux conseiller ;</li> <li>- d'analyser l'organisation et le fonctionnement des ARH, de hiérarchiser les voies d'amélioration, de formaliser des plans de transformation de leurs modalités de fonctionnement internes (équipes rapprochées DDASS, DRASS, CRAM, URCAM) et avec les établissements ;</li> <li>- d'analyser l'articulation des ARH avec les structures de pilotage nationales et de proposer le cas échéant les évolutions souhaitables ;</li> <li>- d'évaluer les conséquences sur les modalités de pilotage des ARH sur ce thème « efficacité » par l'échelon central.</li> </ul> <p>La démarche devrait permettre aux établissements qui s'engagent dans la recherche de gains de productivité internes de concerter avec une tutelle mieux structurée des objectifs ou plans d'actions opérationnels, et de réorienter la dépense publique vers des modes d'organisation plus performants. Un autre bénéfice attendu est l'amélioration de la performance des agents impliqués dans ce dispositif et la transformation des relations entre les échelons central et déconcentrés.</p>
<b>Composition de l'équipe d'audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inspection générale des affaires sociales</li> <li>➤ Inspection générale des finances</li> <li>➤ Consultants</li> </ul>

**PIECE JOINTE N°3**

**NOTE DE CADRAGE**



INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

2006-M-081-01

Paris, le 14 novembre 2006

## NOTE

**Objet :** Cadrage de l'audit de modernisation relatif aux agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières

Dans le cadre des audits de modernisation, l'IGAS et l'IGF ont été saisies d'une mission sur « *les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et le pilotage des dépenses hospitalières* ». Celle-ci porte sur la manière dont les ARH peuvent contribuer à améliorer l'efficience hospitalière. Celle-ci se définit au niveau d'un établissement de santé comme l'optimisation du rapport entre une prestation de soin et son coût, qui dépend pour une large part de l'organisation de l'hôpital.

### **I. ELEMENTS DE CONTEXTE**

#### **A. Des réformes structurelles qui appellent une régulation par la performance**

Les établissements de santé ont connu depuis 2003 des réformes structurelles nombreuses. La réforme de leur mode de financement et le passage progressif à la tarification à l'activité<sup>1</sup> – T2A – visent à responsabiliser les établissements et à allouer les moyens en fonction de critères plus objectifs. Cela doit notamment les inciter à établir et exploiter des outils analytiques de gestion pour mieux connaître les facteurs de coûts.

La T2A appelle un pilotage renforcé et une régulation nouvelle, car elle diminue la contrainte sur les volumes d'activité des établissements et sur certains facteurs de coûts hors tarifs potentiellement inflationnistes (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC –, produits onéreux, etc.)<sup>2</sup>. Elle a pour effet de « révéler » les difficultés financières d'un nombre important d'établissements, appelant des actions d'envergure, notamment au niveau local.

---

<sup>1</sup> La T2A remplace la dotation globale, pour les établissements publics et les établissements participant au service public hospitalier. Elle s'applique également au secteur privé. Elle ne concerne cependant que le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (avec le maintien d'un financement forfaitaire dans certains cas) soit *in fine* un peu moins de la moitié de l'ONDAM hospitalier et est mise en place progressivement.

<sup>2</sup> Voir les recommandations du rapport IGAS-IGF sur le pilotage des dépenses hospitalières (juillet 2005), ainsi que le chapitre VI du rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale 2005 sur le pilotage de la politique hospitalière (septembre 2006).

Créées en 1996 sous forme de GIP entre l'État et l'assurance-maladie, les 26 ARH exercent pour le compte de la DHOS la tutelle des établissements publics de santé et sont chargées de la planification hospitalière et de l'allocation des ressources. Ce sont de petites équipes d'une quinzaine de personnes, dont le directeur est nommé par décret en conseil des ministres et qui s'appuient sur un réseau (DRASS-DDASS et assurance-maladie). Bien que les textes définissant leurs missions<sup>3</sup> n'aient pas évolué, la T2A diminue leur rôle dans l'allocation des ressources, car elles ne participent pas à la définition des tarifs nationaux. Il apparaît dès lors nécessaire de faire évoluer la conception de la tutelle définie en 1996, fondée sur la répartition de dotations globales qui ne prenait que peu en compte l'efficacité des établissements et de déterminer comment les ARH peuvent piloter et contribuer au renforcement de la performance des établissements de santé.

## **B. L'évaluation et le pilotage de la performance hospitalière ne sont pas aujourd'hui satisfaisants<sup>4</sup>**

La performance ou efficacité hospitalière ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une définition opérationnelle qui serait partagée et lisible pour les ARH et les établissements de santé. La DHOS a néanmoins posé les jalons d'une politique nationale d'amélioration de l'efficacité hospitalière et montré que la recherche de la qualité (sanitaire, organisationnelle) n'entraîne pas nécessairement de coût supplémentaire. Sa déclinaison opérationnelle auprès des ARH doit être aujourd'hui renforcée.

### ***1. La DHOS a posé les jalons d'une politique nationale d'amélioration de l'efficacité, notamment avec la création de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)***

Les travaux relatifs à l'efficacité sont portés en grande partie par les missions mises en place dans le cadre du plan Hôpital 2007, opérateurs sous pilotage DHOS. Dans ce dispositif, la MEAH joue un rôle privilégié.

Cette mission travaille avant tout avec les établissements. La mise en place récente des chargés de mission « efficacité » dans les ARH vise à améliorer la coordination opérationnelle entre les ARH et la MEAH.

### ***2. Cette politique nationale n'est pas suffisamment articulée avec les ARH***

Il existe des sources d'informations, nombreuses, sur la performance des établissements : données sur la situation financière, sur l'activité médicale (PMSI), sur la qualité. Cette information est cependant incomplète, notamment au plan médico-économique : si de nombreux établissements disposent d'une comptabilité analytique, celle-ci est en général appliquée aux structures de l'hôpital (services) et non aux séjours, qui fondent le financement en T2A. Elle n'est pas suffisamment exploitée, ni consolidée.

De manière plus générale, les indicateurs de performance à suivre au niveau des établissements de santé n'ont pas été déterminés avec précision.

Au niveau des ARH, des outils d'aide à la décision variés ont été mis en place. Ils n'incluent pas toujours des indicateurs de performance. Ils sont en cours de structuration au niveau national pour aboutir à un outil décisionnel unique, qui serait alimenté par différentes bases de données (outil SIHNAT déployé en 2006, PARHTAGE Décision à terme).

Si le pilotage de la performance des établissements de santé par les ARH est affirmé comme une nécessité depuis environ un an, celui-ci n'est pas conçu comme partie intégrante de leurs missions de tutelle des établissements, de planification sanitaire et d'allocation de ressources, mais plutôt comme un « accompagnement » des établissements, ce qui n'aboutit pas aujourd'hui à des résultats concrets.

---

<sup>3</sup> Article L 6115-1 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Ce paragraphe I. B a été modifié afin de prendre en compte les remarques de la DHOS.



## II. DEUX AXES DE TRAVAIL POUR LA MISSION

Compte tenu des réflexions et propositions déjà existantes<sup>5</sup>, des entretiens déjà conduits et de la nature de la commande qui lui est passée, la mission ne met pas en cause la pertinence du choix de faire des ARH les responsables du pilotage de la performance hospitalière, sans avoir pour autant conduit elle-même d'investigations sur ce point. Elle conduira ses travaux sur deux axes : l'étude des modalités concrètes du pilotage de la performance par les ARH dans le cadre actuel ; l'étude des modalités d'insertion des ARH dans la gouvernance hospitalière.

### A. Comment les ARH peuvent-elles améliorer la performance des établissements de santé ?

#### *1. Préciser la définition de la performance hospitalière, examiner les moyens d'évaluation de l'efficacité et identifier des indicateurs de performance pertinents*

Au niveau d'un établissement, l'optimisation du rapport entre l'offre de soin et son coût amène à viser l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'offre produite, la maîtrise des dépenses et la réduction des coûts « unitaires » de production.

La mission cherchera à préciser la définition de la performance et de l'efficacité, puis à identifier les indicateurs pertinents. Elle cherchera à couvrir l'ensemble des dimensions de la performance :

- indicateurs de productivité : coût rapporté à un groupe homogène de malade – GHM –, à une activité, à un service, indicateur synthétique comme les indicateurs de productivité médico-économique, etc. ;
- indicateurs organisationnels ;
- indicateurs de qualité, sanitaire ou non sanitaire, y compris les indicateurs de « qualité de service » (par exemple : estimation de la satisfaction des patients ou organisation du traitement des plaintes).

Elle recensera les systèmes de comptabilité analytique mis en place dans les établissements et examinera les possibilités de mise en place d'une comptabilité analytique au séjour.

Elle s'appuiera sur les indicateurs existants (coûts identifiés dans les bases de données de comptabilité analytique, indicateurs organisationnels identifiés par la MEAH, etc.), pour cerner les indicateurs prioritaires à court terme, c'est-à-dire liés à des enjeux financiers et / ou de qualité importants, facilement disponibles et permettant la comparaison entre les établissements. Ces indicateurs auront vocation à être utilisés dans les contrats d'objectifs et de moyens que les ARH doivent signer avec les établissements en 2007.

La réflexion pourra être étendue aux indicateurs souhaitables mais non disponibles, pour renforcer à terme la capacité de pilotage par la performance.

#### *2. Définir les principes d'un « tableau de bord » des ARH et préciser le panorama des outils nécessaires pour suivre la performance des établissements*

À partir d'un tableau synthétique des outils de pilotage existants dans les ARH (base de données, systèmes d'information décisionnels, etc.), partiellement établi par la DHOS et en cours de complément, la mission déterminera quels sont les outils permettant aux ARH d'analyser et mettre en perspective la performance des établissements. Il s'agit avant tout d'outils informatiques et décisionnels (tableaux de bord) : outils utiles, existants et à développer et / ou généraliser ; outils non utilisés, le cas échéant ; outils nécessaires et à développer (exemple : rapprochement de base de données existantes, etc.).

---

<sup>5</sup> Rapport IGF-IGAS et rapport de la Cour des comptes précédemment cités, rapport annuel de la mission de contrôle général économique et financier des ARH, etc.

### **3. *Évaluer la gouvernance locale et le fonctionnement du réseau face à ces enjeux***

La mission examinera le fonctionnement des ARH, à la fois pour l'équipe rapprochée (compétences existantes, manques identifiés) et pour le réseau DRASS-DDASS et assurance-maladie, en s'appuyant sur les données existantes (personnels effectivement mis à disposition, compétences rassemblées, chartes de gestion pour les personnels, etc.).

Elle cherchera à identifier les « bonnes pratiques » (modes de communication de l'ARH avec son réseau, actions d'animation, etc.) et à analyser les causes des difficultés rencontrées. Elle étudiera les moyens d'améliorer le fonctionnement du réseau ARH.

## **B. Quelle place donner aux ARH dans la gouvernance du système hospitalier pour leur permettre de piloter l'efficience ?**

Au-delà des travaux conduits à titre principal sur les modes d'action possible des ARH à l'heure actuelle, la mission conduira une réflexion sur la place des ARH dans la gouvernance du système hospitalier.

### **1. *Identifier les leviers d'action des ARH à partir de leurs missions actuelles***

La mission s'interrogera sur l'usage des leviers d'action des ARH qui découlent de leurs fonctions traditionnelles (fonction financière, de planification de l'offre), dans l'optique du pilotage par la performance :

- par les fonctions de tutelle exercées par les ARH (exemple : gestion des autorisations, approbation budgétaire, contrôle des codages PMSI...);
- par les incitations, financières (allocation des crédits d'aide à la contractualisation), ou non financières (exemple : évaluation des directeurs d'établissements) ;
- par le conseil et l'accompagnement (animation de groupes de travail, formations, etc.).

Ces leviers peuvent résulter de la politique de contractualisation en cours de développement (contrat d'objectifs et de moyens, mais également contrat de retour à l'équilibre, contrat de bon usage du médicament, par exemple), que la mission examinera lorsqu'ils existent et au sujet desquels elle formulera des propositions. Elle étudiera plus particulièrement l'application des contrats de bon usage du médicament.

### **2. *Clarifier la place des ARH dans le pilotage d'ensemble de la performance***

La performance des établissements s'inscrit dans le cadre d'ensemble du système hospitalier, dont la performance peut s'apprécier en fonction d'objectifs plus globaux que ceux déterminés au niveau d'un établissement : efficacité du système de soins, adéquation de l'offre aux besoins de la population, répartition de l'activité entre établissements, maîtrise globale des coûts (respect du taux de croissance de l'ONDAM).

Dans ce cadre, les ARH peuvent être identifiées comme le régulateur de niveau régional, sans en avoir tous les moyens. Le niveau central a en effet recentralisé certaines compétences avec la mise en œuvre des réformes précitées, par exemple, pour le financement. Certains acteurs chargés d'améliorer l'efficience hospitalière mis en place au niveau central (missions nationales) s'impliquent directement auprès des établissements.

La mission examinera comment l'amélioration de la performance globale du système pourrait passer par l'évolution des missions des ARH, comme levier supplémentaire d'action vis-à-vis des établissements (par exemple, éventuel renforcement des pouvoirs des ARH dans la définition du financement des missions d'intérêt général). Elle s'intéressera également aux contrats passés avec la DHOS et à la façon dont les ARH pourraient être plus / mieux responsabilisées sur la performance des établissements, ce qui lui semble être une condition de réussite de la régulation de la performance au niveau régional.

En revanche, la mission ne conduira pas d'investigations sur les rôles respectifs de l'État et de l'assurance-maladie.

### C. Calendrier et méthode


La mission a rencontré dans un premier temps les acteurs du niveau central (DHOS et ses missions, autres directions d'administration centrale, CNAM-TS). Elle a prévu, en sus d'entretiens préparatoires avec l'ARH Île-de-France, des déplacements dans cinq régions à compter de la semaine du 20 novembre, qui incluront des entretiens avec le directeur de l'ARH et son équipe, le réseau de l'ARH et des établissements de santé en incluant des entretiens avec les agents de terrain. Ses travaux ont débuté le 26 octobre et devraient être achevés pour la mi-janvier.

En plus de l'information régulière apportée réciproquement par la mission et la DHOS sur les travaux conduits, la mission envisage de présenter ses premières conclusions fin décembre, date à compter de laquelle les consultants seraient associés à la conception du plan d'action et à la conduite du changement auprès des ARH (par exemple, formalisation de tableaux de bord).

Les inspecteurs des finances,

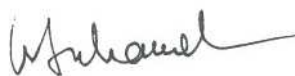


Patrick BLANC



Amélie VERDIER

L'inspecteur général des affaires sociales,



Gilles DUHAMEL

L'inspectrice des affaires sociales,



Agathe DENECHERE

Sous la supervision de

L'inspecteur général des finances,



Bruno DURIEUX

**PIECE JOINTE N°4**

**LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

## LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

### **I. MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

#### **Secrétariat général :**

- Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, secrétaire générale ;
- M. Vincent Gaillot, conseiller.

#### **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) :**

- Mme Annie Podeur, directrice ;
- M. Luc Allaire, chef de service ;
- M. Frédéric Remay, conseiller technique du directeur ;
- Mme Eliane Apert, sous-directrice de la sous-direction E, qualité et fonctionnement des établissements de santé ;
- Mme Cécile Guyader-Berbigier, adjointe de la sous-directrice, sous-direction E ;
- M. Gérard Gonzalez, sous-directeur, sous-direction G des affaires générales ;
- M. Patrice Lorient, chef du bureau G1, agences régionales d'hospitalisation ;
- M. Bertrand Longuet, rédacteur, bureau G1 ;
- M. Philippe Pinton, adjoint du sous-directeur, sous-direction O organisation générale de l'offre régionale de soins ;
- Mme Véronique Billaud, chef du bureau O1, organisation générale de l'offre régionale de soins ;
- Mme Laurence Nivet, adjointe du chef du bureau O1 ;
- M. Patrick Ollivier, sous-directeur, sous-direction F, affaires financières ;
- Mme Monique Thorel, chef du bureau F4, gestion financière et comptable des établissements de santé ;
- M. Denis Debrosse, chargé de mission, mission d'accompagnement aux réformes (MAR).

**Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) :**

- Mme Elisabeth Beau, directrice ;
- M. Maxime Cauterman, responsable du pôle « chantiers pilotes ».

**Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) :**

- M. Vincent Le Taillandier, directeur ;
- Mme Corinne Gazeau, responsable du pôle systèmes d'information hospitaliers ;
- M. Christian Béréhouc, responsable du pôle maîtrise d'ouvrage et montages innovants ;
- M. Pierre Savin, responsable du pôle évaluation économique des plans.

**Mission T2A :**

- Mme Martine Aoustin, directrice ;
- M. Jean Pinson, chargé de mission.

**Agence technique de l'information sur l'hospitalisation :**

- Mme Maryse Chodorge, directrice ;
- M. Patrick Sainte-Marie, secrétaire général ;
- M. Max Bensadon, chef du service de l'infrastructure informatique ;
- M. Pierre Métral, adjoint au chef de service du service classification et information médicale.

**Haute autorité de santé (HAS) :**

- M. Philippe Burnel, responsable de l'accréditation des établissements de santé.

**Direction de la sécurité sociale (DSS) :**

- M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale ;
- M. Jean-Philippe Vinquant, sous-directeur, sous-direction du financement du système de soins.

## **II. MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE**

### **Direction du budget, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie :**

- M. François Carayon, sous-directeur, sous-direction de la politique de l'emploi, de la politique de la formation et de la retraite ;
- Mme Marie-Astrid Ravon, chef du bureau comptes sociaux et santé ;
- M. Igor Busschaert, rédacteur, bureau comptes sociaux et santé.

### **Direction générale de la comptabilité publique :**

- M. Bruno Soulié, sous-directeur, sous-direction secteur public local ;
- M. Renaud Rousselle, chef de secteur du bureau 5A, pilotage et maîtrise d'ouvrage du système d'information.

### **Contrôle général économique et financier :**

- Mme Marie-Laurence Pitois-Pujade, chef de la mission de contrôle général économique et financier chargée des agences régionales de l'hospitalisation.

## **III. INTERLOCUTEURS RÉGIONAUX**

NB : pour les services déconcentrés de l'État, seuls sont mentionnés les directeurs, qui ont été vus avec leurs équipes.

De même, pour les 13 établissements rencontrés, seuls sont mentionnés les directeurs, qui ont été vus, en fonction des disponibilités, avec les présidents des commissions médicales d'établissement et l'équipe de direction, ainsi que des médecins du département d'information médicale et des chefs de pharmacie.

### **A. Île-de-France**

#### **Agence régionale de l'hospitalisation Ile-de-France :**

- M. François Pinardon, directeur de l'ARH ;
- M. Christophe Lapierre, chargé de mission contrôle de gestion et systèmes d'information.

#### **Assistance publique – Hôpitaux de Paris :**

- M. Gilles Clavreul, adjoint au directeur économique et financier ;
- M. Philippe Sudreau, adjoint au directeur de la politique médicale ;
- Mme Emmanuelle Wargon, directrice de cabinet.

## **B. Rhône-Alpes**

### **Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes :**

- M. Jean-Louis Bonnet, directeur de l'ARH ;
- M. Patrick Vandenberg, secrétaire général ;
- M. Yves Dary, chargé de mission « allocation de ressources » ;
- M. Pascal Corond, chargé de mission « contrôle et analyse de gestion » ;
- Mme Marie-Christine Alamo-Boccoz, directrice de l'hospitalisation, caisse régionale d'assurance maladie ;
- Dr. Michel Vermoret, chef de service du pôle organisation du système de soins, direction régionale du service médical ;
- M. Philippe Guétat, responsable du département de l'offre hospitalière à la DRASS Rhône-Alpes ;
- M. Gilles May-Carle, directeur de la DDASS de la Loire ;
- M. Jöel May, directeur de la DDASS du Rhône ;
- Mme Brigitte Chirouze, pôle établissements de santé de la DDASS de la Drôme ;
- Dr. Nathalie Ragozin, médecin-inspecteur de santé publique au pôle établissements de santé de la DDASS de la Drôme ;

### **CH de Valence :**

- M. André Razafindranaly, directeur ;

### **CH de Roanne :**

- M. Gwenaël Pors, directeur

## **C. Bourgogne**

### **Agence régionale de l'hospitalisation Bourgogne :**

- M. Michel Ballereau, directeur de l'ARH ;
- M. Didier Jaffre, secrétaire général ;
- M. Philippe Pigeron, chargé de mission « investissement » ;



- M. Michel Benard, chargé de mission « organisation des soins » ;
- Mme Pascale Chapuis, conseiller budgétaire ;
- Mme Marie-Line Richard, conseiller ressources humaines ;
- Mme Virginie Blanchard, chargé de mission « efficience » ;
- Mme Jacqueline Ibrahim, directrice de la DRASS Bourgogne ;
- Dr Françoise Jandin, médecin inspecteur régional de la DRASS ;
- M. Yves Rullaud, directeur de la DDASS de l'Yonne ;
- Dr Elisabeth Poulat, médecin inspecteur de santé publique de la DDASS de l'Yonne ;
- Mme Paule Lagrasta, directrice de la DDASS de Saône et Loire ;
- Mme Geneviève Fribourg, responsable du pôle organisation des soins DDASS Saône et Loire ;
- Mme Francette Meynard, directrice de la DDASS de la Côte d'Or ;
- M. Pierre Routhier, directeur de l'URCAM ;
- M. René Grisouard, responsable du service médical Bourgogne Franche Comté ;
- M. Sébastien Abry, caisse régionale de l'assurance maladie Bourgogne Franche Comté ;
- Mme Françoise Tenenbaum, vice-présidente du Conseil régional.

**CH de Tonnerre :**

- Mme Brigitte Lorriaux, directrice déléguée.

**CH Chalon sur Saône :**

- M. Michel Bravais, directeur.

**CH d'Auxerre :**

- M. Michel Perrot, directeur.

**CHU de Dijon :**

- M. Pierre-Charles Pons, directeur.

## **D. Haute-Normandie**

### **Agence régionale de l'hospitalisation Haute-Normandie :**

- M. Christian Dubosq, directeur de l'ARH ;
- M. Christian Ferro, directeur adjoint ;
- Dr. Jean-Louis Grenier, conseiller médical ;
- M. Jean-Louis Miglierina, secrétaire général ;
- M. Jean-Christian Duret, chargé de mission « systèmes d'information et réseaux de santé » ;
- Dr. Michel-Frédéric André, chargé de mission « efficience » ;
- Mme Marie-Claude Fouin, responsable de la cellule gestion de l'hospitalisation à la CRAM de Haute et Basse Normandie ;
- M. Nicolas Martin, chargé d'études financières à la CRAM de Haute et Basse Normandie ;
- Mme Hélène Briffaut, chargé d'études systèmes d'information à la CRAM de Haute et Basse Normandie ;
- Mme Claudine Bourgeois, directrice de la DRASS Haute-Normandie ;
- M. Alain Cadou, directeur de la DDASS de l'Eure ;
- M. Jean-Luc Brière, directeur de la DDASS de Seine Maritime ;

### **Clinique de l'Europe à Rouen :**

- Dr. Dominique Pouls, président de la clinique.

### **CHU de Rouen :**

- M. Christian Paire, directeur général.

### **CH de Dieppe :**

- M. Yves Bloch, directeur.

## **E. Bretagne**

### **Agence régionale de l'hospitalisation Bretagne :**

- M. Philippe Chervet, préfet, directeur de l'ARH ;
- M. Yvon Guillerm, directeur adjoint ;
- Dr Yves Alliou, chargé de mission médecine ;
- M. Christian Bianchi, chargé de mission « qualité, gestion des risques, médicament » ;
- Mme Anne Leroux, chargée de mission « organisation des soins – SROS » ;
- Mme Jacqueline Legrain, assistante de coordination sur l'organisation des soins et les CPOM ;
- M. Bernard Bonnafont, DRASS, responsable du suivi des autorisations et de l'allocation des ressources ;
- Dr F. Durandière, médecin conseil (direction du service médical) ;
- M. Jean-Pierre Lesage, responsable de l'action sanitaire et sociale à la CRAM.
- Docteur Birgit LEROUX, direction régionale du service médicale, équipe Finistère,
- Mme Laurence ROUX, CRAM
- M. Christian MEURIN, directeur de la DDASS du Finistère,
- Mme Marie-Annick COLLIN, inspectrice principale responsable du département des établissements de santé et son équipe, DDASS du Finistère

### **CHU de Rennes :**

- M. Le Goff, directeur général.

### **CH intercommunal de Cornouailles (Quimper) :**

- M. Jacques Le Doaré, directeur-adjoint.

## **F. Poitou-Charentes**

### **Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes :**

- M. Christian Cahut, directeur de l'ARH ;
- Mme Joëlle Perrin, directrice-adjointe, chargée de la planification ;
- M. Alain Brousseau, secrétaire général ;

- Mme Christine Flamant, chargée de mission « allocation des ressources » ;
- Mme Atika Rida-Chafi, chargée de mission « planification et veille juridique » ;
- Mme Marie-Geneviève Leproux, chargée de mission « cliniques » ;
- M. Gérard Desborde, directeur de la DRASS Poitou-Charentes ;
- Dr Paul Lechuga, médecin-inspecteur régional ;
- M. Régis Causse, pharmacien-inspecteur régional ;
- Mme Françoise Linsolas, directrice de la DDASS de la Vienne
- Mme Cécile Courrèges, directrice de la DDASS Deux-Sèvres I
- Mme Gisèle Thomes, directrice de la DDASS Charente
- M. Gérard Recugnat, directeur de la DDASS Charente-Maritime

**CH de Niort:**

- M. Alain Michel, directeur

**CH de Royan :**

- M. Gérard Jouy, directeur

**IV. AUTRES**

**Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :**

- M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général ;
- M. Thomas Fatôme, directeur de cabinet du directeur général ;
- M. Jean-Marc Aubert, directeur de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- M. André Loubière, directeur de la direction de l'hospitalisation.

**Projet coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH)**

- M. Éric Minvielle (INSERM U537), médecin chercheur au CNRS en économie et de gestion – animation du projet COMPAQH.

**École des mines de Paris**

- M. Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche – centre de gestion scientifique.

**Fédération hospitalière de France :**

- M. Gérard Vincent, délégué général, président de la fédération internationale des hôpitaux ;
- M. Yves Gaubert, adjoint au délégué général pôle finances et BDHF.

