

**Rapport sur le contrôle des mesures prises
dans le cadre du contrat de retour à
l'équilibre financier (CREF)
par des hôpitaux « perdants » à la TAA**

- Rapport définitif -

Présenté par

Thierry BRETON, Christophe LANNELONGUE et Hervé LÉOST

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Ainsi que :

*Dominique ACKER, Bernard BONNICI, Patrick BROUDIC, Marc BUISSON,
Catherine DARDÉ, Gérard DUMONT, Daniel MARIE, Vincent MARSALA et
Patrick MORDELET*

Conseillers généraux des établissements de santé (CGES)

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage que les ministres qui l'ont demandé.*

*Rapport n° 2007-164P
Janvier 2008*

Sommaire simplifié

Rapport initial	1 à 63
Liste des annexes	64
Réponse de Madame la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).....	103
Réponse de Monsieur le directeur de la Sécurité Sociale (DSS).....	112
Observations de la mission	115

**Rapport sur le contrôle des mesures prises
dans le cadre du contrat de retour à
l'équilibre financier (CREF)
par des hôpitaux « perdants » à la TAA**

- Rapport initial -

Présenté par

Thierry BRETON, Christophe LANNELONGUE et Hervé LÉOST

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Ainsi que :

***Dominique ACKER, Bernard BONNICI, Patrick BROUDIC, Marc BUISSON,
Catherine DARDÉ, Gérard DUMONT, Daniel MARIE, Vincent MARSALA et
Patrick MORDELET***

Conseillers généraux des établissements de santé (CGES)

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage que les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM 2007-164P
Octobre 2007***

Sommaire

Introduction	2
Partie 1 : une politique contractuelle peu efficace pour le redressement des établissements	5
1.1 Un cadre juridique complexe mis en œuvre de manière inégale selon les ARH	5
1.1.1. Une procédure lancée dans un contexte de réformes hospitalières	5
1.1.2. Une absence d'articulation avec les dispositions prises en 2005 sur le redressement des établissements	6
1.1.3. Une préparation des CPOM qui a mis au second plan l'adoption des CREF.....	7
1.1.4. Une mise en œuvre des CREF tardive et mal ciblée dans certaines régions	8
1.2. Le contenu des contrats : des mesures insuffisantes, des résultats préoccupants.....	10
1.2.1. Des actions diversifiées portant à la fois sur les recettes et les dépenses	10
1.2.2. Des objectifs peu précis, mal fondés et insuffisamment exigeants	11
1.2.3. Des mesures mal articulées avec l'organisation de l'offre de soins dans les territoires	15
1.2.4. Des résultats globalement décevants.....	17
1.3. Un dispositif peu piloté aux niveaux national et régional	20
1.3.1. Le pilotage national.....	20
1.3.2. Le pilotage régional.....	22
1.4. Des faiblesses dans le management des établissements.....	26
1.4.1. Le conseil d'administration refuse souvent d'endosser les CREF	26
1.4.2. Les équipes de direction sont parfois mal adaptées.....	26
1.4.3. La nouvelle gouvernance a encore un impact limité	27
1.4.4. Les organisations syndicales s'opposent souvent aux mesures d'économies.....	28
1.5. De puissants freins à la recherche de l'efficacité dans les hôpitaux	28
1.5.1. Des rigidités dans la gestion du personnel	28
1.5.2. Un cadre de financement qui n'incite pas suffisamment à la recherche de la performance	31
1.5.3. Une comptabilité perfectible et des outils de gestion insuffisants.....	32
1.5.4. Un système déresponsabilisant et qui bloque les initiatives de redressement	35
Partie 2 : une nouvelle politique contractuelle pour les établissements en difficulté.....	36
2.1. Renforcer le cadre juridique des CREF	37
2.1.1. Donner un statut législatif aux CREF et revoir en profondeur les CPOM	37
2.1.2. Fixer des critères clairs de déclenchement des CREF de nouvelle génération.....	41
2.1.3. Garantir des délais efficaces pour la négociation des nouveaux CREF	43
2.2. Donner plus d'exigence au contenu des nouveaux contrats	44
2.2.1. L'objectif de retour à l'équilibre doit être explicite dans le contrat	44
2.2.2. Le CREF doit comporter des actions d'amélioration de la performance médico-économique et de recomposition de l'offre de soins	45
2.2.3. Inclure dans les CREF un réexamen des programmes d'investissement.....	47
2.3. Renforcer le pilotage de la politique contractuelle.....	47
2.3.1. Fixer des objectifs plus clairs aux ARH en matière de CREF.....	47
2.3.2. Renforcer les moyens d'intervention des ARH.....	48
2.3.3. Assurer un suivi exigeant de la mise en œuvre du CREF	49
2.4. Renforcer les capacités de management des établissements.....	50
2.4.1. Développer les incitations à la recherche de la performance pour tous les chefs d'établissement	50
2.4.2. Impliquer davantage les conseils d'administration dans le redressement	50
2.4.3. Garantir un management efficace des établissements en CREF	51
2.5. Mettre les établissements en situation de réussir.....	54

2.5.1. Donner aux établissements en CREF des outils spécifiques de GRH.....	54
2.5.2. Fonder la nouvelle politique de CREF sur des enveloppes financières renouvelées.....	57
2.5.3. Promouvoir un environnement favorable à la performance de l'ensemble des établissements.....	59
Liste des annexes	64

Introduction

Le programme de travail de l'IGAS pour 2007 comporte la réalisation d'une mission sur les mesures prises dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux "perdants à la tarification à l'activité (T2A)". Par notes du 16 mars et du 18 juin 2007, cette mission a été confiée à Messieurs Thierry BRETON, Christophe LANNELONGUE et Hervé LÉOST, membres de l'IGAS. Mesdames et Messieurs Dominique ACKER, Bernard BONNICI, Patrick BROUDIC, Marc BUISSON, Catherine DARDÉ, Gérard DUMONT, Daniel MARIE, Vincent MARSALA, Patrick MORDELET, conseillers généraux des établissements de santé, y ont apporté leurs concours.

La mission a contrôlé les mesures prises dans 19 centres hospitaliers (CH), établissements publics et participant au service public hospitalier (PSPH), dans cinq régions :

- Haute-Normandie : CHU de Rouen ;
- Ile-de-France : CH des Diaconesses-Croix Saint-Simon, Institut Mutualiste Montsouris (IMM), CH Le Raincy-Monfermeil, CH de Saint-Denis, CH du Sud Francilien, CH de Versailles¹ ;
- Lorraine : Association hospitalière du bassin de Longwy (AHBL), CH de Bar le Duc, CH de Gérardmer, CHU de Nancy, CH Pont à Mousson, CH de Vittel ;
- Midi-Pyrénées : CH d'Albi, CH de Gaillac, Groupe hospitalier intercommunal de Bigorre (Tarbes), CH de Lavar, CHU de Toulouse ;
- Nord-Pas-de-Calais : CHU de Lille.

Le choix de ces établissements a été effectué en liaison avec les services de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) afin de pouvoir illustrer la diversité des situations de difficultés financières et des actions de redressement mises en œuvre dans le cadre des CREF.

La mission a recueilli des informations sur la performance des établissements sélectionnés à l'aide d'un questionnaire et de l'outil « Diagnostic flash »². Elle s'est également entretenue avec les responsables de ces établissements selon deux modalités :

- dans 13 cas, la mission a mené des entretiens dans l'établissement avec des représentants de la communauté hospitalière (direction, médecins, représentants du personnel non médical) ;
- dans 6 cas, la mission a mené une analyse simplifiée sur la base du questionnaire et d'un entretien avec la direction³.

Dans trois régions (Ile-de-France, Lorraine et Midi-Pyrénées), la mission a également étudié les conditions dans lesquelles l'ARH avait mis en œuvre la politique de CREF.

Au terme de ces travaux, 22 rapports ont été établis et soumis à une procédure contradictoire (voir la liste de ces rapports en annexe 10).

¹ La mission n'a pas contrôlé l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. Selon la mission, le plan de retour à l'équilibre de l'AP-HP devrait faire l'objet d'une mission à part entière.

² Ensemble d'indicateurs développé par la DHOS.

³ Association hospitalière du Bassin de Longwy, Bar-le-Duc, Gaillac, Gérardmer, Lavar, Vittel.

Le présent rapport est la synthèse des éléments rassemblés dans ces rapports, complétés par différents entretiens (voir annexe 9).

La mission s'est également appuyée sur les travaux précédents de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances⁴.

Enfin, elle a été particulièrement intéressée par les travaux menés en Grande-Bretagne par l'Audit Commission, notamment le rapport « *Learning the lessons from financial failure in the National Health System* de juillet 2006 »⁵.

⁴ Notamment le rapport d'audit de modernisation sur « Les ARH et le pilotage de la performance et de l'efficacité hospitalière » de février 2007 .

⁵ Disponible sur le site www.audit-commission.gov.uk. Voir aussi en annexe 3 la note du conseiller social à l'Ambassade de France au Royaume uni sur le traitement des établissements déficitaires en Grande Bretagne.

Partie 1 : une politique contractuelle peu efficace pour le redressement des établissements

1.1 Un cadre juridique complexe mis en œuvre de manière inégale selon les ARH

1.1.1. Une procédure lancée dans un contexte de réformes hospitalières

Les CREF ont été lancés en 2004 dans un contexte de mise en œuvre de réformes majeures du système hospitalier :

- la mise en place de la T2A : 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007;
- la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles⁶ ;
- la relance de l'investissement (Hôpital 2007) ;
- le nouveau cadre budgétaro-comptable (mise en place de l'EPRD et du PGFP⁷) ;
- la réforme de la planification (SROS 3, projets médicaux de territoire et CPOM⁸) ;
- la certification.

En particulier, la mise en œuvre de la T2A pour les activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique (MCO), même si elle a été conduite progressivement, a eu un effet de révélateur de la sous-performance de certains établissements. Le budget global avait jusque là masqué des situations de sous-productivité. Dans de nombreux cas, la mise en œuvre de la T2A s'est traduite par des difficultés financières résultant des écarts entre les tarifs nationaux et les coûts de production des hôpitaux. Ces difficultés ont été aggravées par la concurrence du secteur privé.

L'indicateur le plus couramment utilisé pour identifier les « perdants à la T2A » est l'indice de productivité IP-MCO. Cet indice mesure la couverture de l'ensemble des charges nettes MCO par un financement à 100% de T2A (l'indicateur inférieur à 1 signifie que l'établissement dépense plus pour faire fonctionner ses services MCO qu'il ne perçoit de recettes T2A liées à ces activités). Il permet aussi de mesurer les efforts que l'établissement doit accomplir pendant la période de montée en régime de la tarification à l'activité.

Dans ce contexte, le lancement des CREF en 2004 a été conçu comme un moyen d'assainir les situations financières des établissements et de faciliter ainsi la réforme e la T2A. Comme le précise la circulaire du 14 juin 2004 mettant en place les CREF, « le passage à la nouvelle tarification doit se faire sans passif »⁹.

Or, la situation financière des établissements de santé était dégradée en 2004. A titre d'exemple, en Ile-de-France, 50 des 73 établissements MCO (hors AP-HP) avaient un résultat négatif en 2003, et 44 enregistraient un impact négatif des recettes T2A sur leurs finances (sur la base de l'activité 2003).

⁶ Ordonnance du 2 mai 2005.

⁷ Etat prévisionnel des dépenses et des recettes et plan global de financement pluriannuel.

⁸ Schéma régional d'organisation des soins et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

⁹ Circulaire du 14 juin 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

La circulaire du 14 juin 2004 a donc mis en place une aide nationale non reconductible de 300 M€ Cette enveloppe exceptionnelle était destinée à financer les reports de charges des établissements et à accompagner la mise en œuvre de la T2A. La répartition de cette enveloppe entre les ARH a été effectuée en tenant compte de la situation financière des établissements de chaque région. Chaque ARH devait répartir l'enveloppe régionale en fonction d'une « analyse approfondie de la situation de chaque établissement » et « au regard des effets de la T2A ». Outre ces 300 millions d'euros non reconductibles, cette même circulaire a prévu 150 millions d'euros de délégations de crédits reconductibles, destinés à financer les engagements que les ARH avaient contractés envers les établissements dans les Contrats d'objectifs et de moyens entre 2001 et 2003.

Cette même circulaire précisait que les ARH ne pouvaient répartir leur enveloppe régionale qu'à la condition d'avoir conclu « un contrat (contrat spécifique ou avenant au contrat d'objectifs et de moyens) sur la base d'un plan de redressement ». L'annexe 5 de la circulaire du 21 juillet 2004 disposait que les crédits de l'enveloppe des 300 M€ « ne sauraient être délégués en dehors de tout engagement contractuel ». La circulaire autorisait les ARH à déléguer des crédits à un hôpital de façon anticipée, à la condition de régulariser la situation avant la fin 2004 en concluant un contrat de retour à l'équilibre avec l'établissement concerné.

La mise en place d'une enveloppe non reconductible, justifiée par la nécessité d'apurer les reports de charge, était toutefois contestable au regard de l'objectif de redressement durable des établissements. Par ailleurs, l'annonce, à la mi-2004, de ces financements exceptionnels des reports de charges, a été un signal négatif : en effet, les établissements y ont vu l'assurance que leurs reports de charges des années antérieures seraient couverts, sans obligation de faire des efforts de productivité. Il aurait été préférable d'accorder, par exemple au sein de l'enveloppe MIGAC, une enveloppe annuelle destinée à financer les restructurations et les mesures d'amélioration de l'efficacité à l'hôpital. Le calibrage de cette enveloppe aurait été revu chaque année en fonction des résultats obtenus dans chaque région, notamment dans le domaine des contrats de retour à l'équilibre.

1.1.2. Une absence d'articulation avec les dispositions prises en 2005 sur le redressement des établissements

- *Parallèlement à la politique de CREF, les procédures pour les établissements en difficulté ont été renforcées en 2005.*

Les ordonnances du 2 mai et du 1^{er} septembre 2005 ont mis en place une procédure précise de traitement des difficultés des établissements :

- l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique prévoit que le DARH peut demander au conseil d'administration de « présenter un **plan de redressement** lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige » ;
- le même article prévoit que le DARH peut également **saisir la chambre régionale des comptes** lorsque le déficit est supérieur à un seuil fixé par décret (décret du 10 janvier 2007)¹⁰. La CRC évalue la situation dans un délai de deux mois et propose des

¹⁰ Selon la taille de l'établissement, le seuil est de 2,5% ou de 3,5% des produits de l'exercice.

mesures de redressement. Le DARH peut alors mettre l'établissement en demeure de prendre les mesures de redressement ;

- le DARH peut enfin placer l'établissement sous **administration provisoire** par des conseillers généraux des établissements de santé (article L. 6143-3-1) lorsque la mise en demeure de l'établissement prévue à l'article L. 6143-3 est restée sans effet, ou que le plan de redressement n'a pas permis de redresser l'établissement.

L'articulation entre ces dispositifs législatifs et les contrats de retour à l'équilibre n'a jamais été précisée. Contrairement en particulier au plan de redressement, qui a une base législative, les CREF ont été lancés de manière peu formalisée, par les deux circulaires précitées, et ne bénéficient pas de la même assise juridique. La mise en place des CREF, à la différence de celle des plans de redressement, relève de la simple compétence générale de l'ARH en matière de contrôle du fonctionnement des établissements publics et privés et de détermination de leur ressources¹¹.

➤ *La mise en place de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses EPRD a déclenché de nouvelles procédures de retour à l'équilibre en 2006*

L'intégration des reports de charge en 2006 a conduit à aggraver les déficits prévus à l'EPRD. En effet, avant la mise en place de l'EPRD, la pratique généralisée des reports de charges permettait de masquer en partie les déficits dans les hôpitaux. Avec la première année de l'EPRD en 2006, les établissements ont dû intégrer les reports de charges dans leur budget.

Les agences ont alors été invitées par la DHOS à demander aux établissements en difficulté la mise en place de « plans de retour à l'équilibre »¹². Là encore, l'articulation de ces « plans » avec les CREF ou avec les dispositions législatives sur les plans de redressement n'a pas été précisée.

1.1.3. Une préparation des CPOM qui a mis au second plan l'adoption des CREF

Les CPOM constituent une seconde procédure contractuelle qui, contrairement aux CREF, est prévue par la loi et concerne tous les établissements. Les CPOM sont prévus par les articles L. 6114-1 et s. du Code de la santé publique¹³. Ces contrats doivent notamment permettre la déclinaison pour chaque établissement des objectifs quantifiés fixés dans le SROS¹⁴. Le décret du 2 novembre 2006 dispose que les CPOM comportent en annexe « la liste des accords et contrats en cours de validité signés avec l'ARH », ce qui inclut implicitement les CREF.

La mise en place des CPOM a conduit à mettre au second plan la préparation des CREF. D'une part, la signature des « CPOM socles » fixant les objectifs quantifiés d'offres de soins (OQOS) avec chaque hôpital devait intervenir dans un délai très court (31 mars 2007), ce qui a mobilisé les ARH de façon importante. D'autre part, les agences ont parfois considéré que la négociation des CPOM pouvait se substituer à la négociation d'un CREF

¹¹ Article L. 6115-1 du Code de la santé publique.

¹² Communiqué de la DHOS du 13 avril 2006.

¹³ Créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et complétés par la loi du 13 août 2004 et l'ordonnance du 2 mai 2005.

¹⁴ Voir en particulier la circulaire du 5 mars 2004 sur l'élaboration des SROS 3 et l'arrêté du 8 juin 2005 relatif aux OQOS.

dans le cas d'établissements en difficulté. Le CREF avait alors vocation à s'intégrer dans l'annexe financière du CPOM.

Or, la négociation des CPOM s'est avérée peu adaptée pour les établissements en difficulté car elle a conduit à séparer deux phases : celle de fixation des objectifs quantifiés d'offre de soins pour mars 2007 et celle des annexes, notamment l'annexe financière des CPOM, qui doit être signée au plus tard au mois de juin 2008. La séparation entre les deux phases donne à ces contrats un caractère artificiel critiqué par les établissements rencontrés. En outre, les délais prévus pour adopter l'annexe financière ne sont pas adaptés à la situation des établissements en difficulté, pour lesquels la négociation rapide de mesures de redressement serait préférable.

Les CPOM prévoient des sanctions financières en cas de non-respect des engagements contractuels (y compris le CREF quand il est signé). Ces sanctions peuvent se traduire par la suspension du CPOM et aller jusqu'à des pénalités financières (qui ne peuvent excéder 1% des recettes d'assurance maladie au titre du dernier exercice). Elles ne sont toutefois pas crédibles car les agences peuvent difficilement sanctionner financièrement un établissement en difficulté.

Les CPOM sont donc venus s'ajouter aux CREF, PRE et autres plans de redressement, illustrant la difficulté de choisir entre le recours à des outils spécifiques de redressement et l'intégration du redressement dans les mesures de droit commun. Au final, l'existence de ces différentes procédures définies plus ou moins précisément n'a pas facilité une mise en œuvre cohérente de la politique d'accompagnement des établissements en difficulté sur l'ensemble du territoire.

1.1.4. Une mise en œuvre des CREF tardive et mal ciblée dans certaines régions

- *Dans certaines régions, l'aide aux établissements en difficulté n'a pas donné lieu à une contractualisation avant une date très récente*

En Ile-de-France, une stratégie a été définie dès 2004, avec constitution d'une marge régionale pour financer les CREF en complément des enveloppes nationales.

En revanche, entre 2004 et 2006, deux des trois régions contrôlées (Lorraine et Midi-Pyrénées) ne semblent pas avoir considéré les CREF comme un instrument adéquat. Ce constat est en partie lié à un manque de ressources des agences mais aussi à une stratégie qui considère que l'outil contractuel n'est pas le mieux adapté à l'accompagnement du retour à l'équilibre des établissements. Le principe d'autonomie des établissements a pu constituer un obstacle aux yeux de certaines agences.

Ainsi, dans la majorité des régions contrôlées (Lorraine, Midi-Pyrénées, Haute Normandie), les aides aux hôpitaux en difficulté ont été versées en dehors de tout engagement contractuel de retour à l'équilibre. En Lorraine, entre 2004 et 2006, 69 M€ d'aides ont été versées aux établissements de la région. 60% de ce montant a concerné cinq établissements¹⁵, qui n'ont pourtant pas été invités à préparer des CREF.

¹⁵ Nancy, Metz, Luneville, Sainte-Croix, Longwy.

Dans ces régions, la mission estime que certains établissements contrôlés ont fait l'objet d'une procédure de CREF trop tardive. Certains hôpitaux auraient dû faire l'objet d'un CREF dès 2005 car leur situation financière était déjà fragile (Tarbes, Gaillac, Nancy, Albi...). Le CHU de Rouen a bénéficié de 20 millions d'euros d'aides entre 2004 et 2006, mais un CREF n'est toujours pas signé à ce jour avec l'ARH. Cet établissement met en œuvre depuis 2004 un Plan de retour à l'équilibre déterminé en interne.

L'évolution récente de la situation financière dans les régions qui n'ont pas mis en place de CREF entre 2004 et 2006 confirme que des contrats y auraient été nécessaires dès 2004. La situation financière des établissements de Lorraine s'est fragilisée dans la période récente : fin 2006, les déficits représentaient 2,7% de leurs recettes, ce qui faisait de la Lorraine la troisième région de France pour le niveau des déficits¹⁶. La capacité d'autofinancement globale de la région était de 2% contre 5% au niveau national. En région Midi-Pyrénées, la situation financière était moins négative avec 10 millions de reports de charges fin 2005 et 19 millions d'euros de résultat déficitaire fin 2006. Ce résultat global masquait toutefois des situations difficiles dans certains hôpitaux.

Depuis 2006, la contractualisation a été en partie relancée :

- en région Midi-Pyrénées, quatre CREF ont été signés à ce jour. Pourtant, fin 2006, cinq établissements représentaient 70% des déficits des établissements sous T2A de la région : Auch ; Albi, Montauban, Tarbes, Toulouse. Or, seuls deux d'entre eux sont concernés par un CREF ;
- en région Lorraine, une vaste politique de mise en place de plans de retour à l'équilibre PRE pour 35 établissements a été lancée en 2006. Toutefois, sur les six établissements contrôlés par la mission, trois n'avaient pas encore signé leur PRE avec l'agence en septembre 2007. La non signature des PRE, même si elle n'empêche pas la direction de l'établissement de commencer à mettre en œuvre certaines des mesures prévues, ne facilite pas leur appropriation par la communauté hospitalière de l'établissement concerné.

➤ *Les CREF n'ont pas toujours été ciblés sur les établissements perdants à la T2A*

La circulaire sur les CREF n'a pas défini de seuil d'alerte encadrant le déclenchement par une ARH des procédures de retour à l'équilibre. Elle demandait toutefois aux agences de prendre en compte « l'effet de la T2A » sur la situation financière des hôpitaux. Sur cette base peu précise, le suivi des difficultés financières des établissements a été très inégal selon les ressources et les priorités de chaque ARH.

Dans deux régions (Lorraine et Midi-Pyrénées), le critère de l'efficience T2A n'a pas été suffisamment pris en compte pour sélectionner les établissements susceptibles d'être concernés par un CREF. Le critère d'efficience T2A aurait permis de différencier les établissements structurellement déficitaires, pour lesquels un CREF était essentiel, des établissements qui seraient à l'équilibre à 100% de T2A pour les activités MCO. La faiblesse des moyens mobilisables aurait dû commander d'accompagner les établissements perdants à la T2A et de ne pas utiliser le CREF pour les autres, sauf exception liée à la mise en œuvre d'un programme d'investissement massif (Toulouse).

¹⁶ Derrière la Corse et la Bourgogne (source DHOS). Les déficits lorrains représentent 11 % du déficit total au niveau national. Le montant du déficit a été corrigé pour tenir compte du caractère exceptionnel de l'année 2006 (intégration des reports de charges).

En Lorraine, la prise en compte de l'efficience T2A aurait permis de cibler davantage les procédures de retour à l'équilibre. En 2006, près de la moitié des établissements sous T2A ont été concernés par un PRE, car ces plans ont été demandés à tous les établissements présentant un déficit cumulé de plus de 2 % de leurs recettes, indépendamment de ce que serait leur situation à 100% de tarification à l'activité.

A l'inverse, en région Midi-Pyrénées, le critère de l'efficience T2A aurait conduit à inviter davantage d'établissements à préparer un contrat. La sélection des quatre établissements actuellement en CREF s'est fondée essentiellement sur le déficit prévu à l'EPRD 2006. Or, sur 25 établissements suivis par l'ATIH, 17 avaient en 2006 un indice de productivité IP-MCO inférieur à 1. Ainsi, à Albi, l'équilibre budgétaire de l'hôpital en 2005 était largement factice car permis par des reports de charges. En 2006, l'inscription des reports de charges dans le budget a fait passer cet hôpital d'une situation d'équilibre budgétaire à un déficit supérieur à 7,5 % des charges. Si elle avait analysé l'indicateur IP-MCO, l'ARH aurait dû être amenée à signer un CREF avec Albi dès 2005.

En Ile-de-France, nonobstant le caractère peu précis de la circulaire sur les CREF, l'ARH a su définir des critères pertinents pour identifier les établissements éligibles aux CREF. L'agence a croisé deux critères, le déficit d'exploitation et l'importance des pertes en simulant un financement à 100 % par la T2A. Au total, un CREF a été signé avec 25 établissements sur les 73 hôpitaux sous T2A de la région (hors AP-HP).

1. 2. Le contenu des contrats : des mesures insuffisantes, des résultats préoccupants

Dans une grande partie des 19 procédures de retour à l'équilibre examinées par la mission, les mesures du contrat ne permettaient pas de prévoir un redressement financier durable.

1.2.1. Des actions diversifiées portant à la fois sur les recettes et les dépenses

Les plans de redressement et les contrats étudiés comportent à la fois des mesures permettant l'augmentation des recettes et des mesures d'économies. Parmi les thèmes les plus investis figurent :

- **La gestion des ressources humaines** : suppression ou non remplacement de postes, maîtrise des dépenses de formation, suppression d'avantages acquis, limitation des promotions, diminution des dépenses d'intérim, fixations d'effectifs cibles par service, réduction de l'absentéisme, meilleure organisation pour diminuer les astreintes et lignes de gardes ;
- **L'optimisation logistique**, notamment par sous-traitance et externalisation (restauration, blanchisserie, renforcement de la fonction achat, optimisation du circuit du médicament) ;
- **La gestion des activités médicales** : organisation de la permanence des soins, développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de semaine, organisation des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie, stérilisation) avec l'objectif de réduire la durée moyenne de séjour ; constitution de partenariats avec des

cliniques privées pour la gestion des activités médico-techniques (partage d'appareils d'imagerie) ;

- **La gestion des recettes** : optimisation du codage, augmentation des recettes des groupes 2 et 3 (chambres individuelles), développement des activités existantes ou création d'activités nouvelles (exemple : soins de suite et de réadaptation SSR), en particulier à destination des personnes âgées.

Plus rarement, les contrats traitaient de :

- **La restructuration des sites** : regroupement des laboratoires, fermeture de services de chirurgie, spécialisation des sites par type d'activité.
- **Les systèmes d'information et outils de gestion financière** : gestion active de la dette, amélioration du recouvrement des créances, réalisation d'investissements par des techniques de partenariat public/privé, cessions d'actifs.

1.2.2. Des objectifs peu précis, mal fondés et insuffisamment exigeants

- *Certains CREF semblent destinés à accompagner financièrement l'établissement plus qu'à lui fixer un objectif contraignant de retour à l'équilibre financier*

Une part non négligeable des CREF analysés ne comporte pas en toutes lettres l'objectif de retour à l'équilibre financier à l'échéance du contrat¹⁷. Certains CREF signés prévoient même le maintien d'un déficit d'exploitation important à la fin du contrat (Albi). D'autres prévoient un retour à l'équilibre à l'échéance du contrat sans tenir compte des charges inéluctables qui devront être financées. Ainsi, le CREF du CHU de Nancy prévoit un retour à l'équilibre en 2010 alors que le programme d'investissement, financé en partenariat public privé, nécessitera de payer un loyer très élevé à partir de 2012.

De plus, certains contrats ne fixent pas d'objectifs sur le rétablissement de la capacité d'autofinancement (CAF) et du fonds de roulement. L'ARH de Midi-Pyrénées a systématiquement défini ce type d'objectifs, mais sans fixer d'objectif de retour à l'équilibre d'exploitation, alors que ces deux types d'objectifs devraient figurer dans les CREF.

Quels que soient les objectifs retenus, il est nécessaire de fixer un échéancier précis de retour à l'équilibre d'exploitation. Même si cet échéancier est soumis à des incertitudes inévitables (montée en régime de la T2A, évolution des tarifs...), il permet de disposer de critères de suivi de la réalisation du contrat et, le cas échéant, de décider sa révision s'il n'est plus réaliste.

Aujourd'hui, en l'absence d'objectifs clairs fixés dans de nombreux CREF, la question de la réussite ou de l'échec d'un contrat se prête à des divergences d'interprétations. Un CREF qui a engagé des restructurations dans l'hôpital sans empêcher l'aggravation du déficit global peut être défendu par certains comme une réussite.

¹⁷ 6 contrats sur les 18 analysés ne font pas figurer explicitement d'objectif de retour à l'équilibre d'exploitation.

➤ *Les diagnostics présentent des lacunes importantes*

Les diagnostics se concentrent souvent sur les indicateurs financiers aux dépens de l'analyse de la performance médico-économique (durée moyenne de séjour DMS, taux d'occupation, nombre d'interventions par chirurgien...). Les outils d'analyse médico-économique n'étaient pas toujours disponibles, en particulier dans les petits hôpitaux. Dans les cas où ces indicateurs étaient disponibles, il n'a pas toujours été possible de différencier les niveaux de performance selon les pôles ou services (sauf exception : CHU de Lille). La construction dans l'urgence des contrats n'a pas toujours permis d'associer tous les acteurs de l'hôpital.

Toutefois, les délais très courts de négociation ne suffisent pas à expliquer les lacunes des diagnostics qu'on retrouve dans de nombreux contrats. Dans certains petits hôpitaux, l'analyse des difficultés de l'activité chirurgicale, souvent peu dynamique, n'est pas présente (Pont à Mousson). Certains établissements laissent de côté la question de l'amélioration du taux d'occupation ou de l'avenir de structures fortement déficitaires (urgences de nuit au CH des Diaconesses). D'autres se caractérisent par l'absence d'analyse de la performance médico-économique et de comparaison avec d'autres établissements (Versailles).

Le diagnostic est souvent limité aux activités MCO sans analyser les SSR, les établissements d'hébergement des personnes âgées EHPAD ou la psychiatrie (exemple : Lavaur). Or, dans plusieurs établissements contrôlés, les charges de l'EHPAD, en particulier, pèsent sur le budget de l'hôpital sans que la comptabilité analytique permette toujours de différencier finement les budgets des deux structures.

➤ *Les CREF analysés traduisent souvent un manque d'ambition sur les économies*

L'évolution des charges dans les établissements concernés aurait dû amener à fixer des objectifs d'économies plus ambitieux. En effet, comme l'illustre l'annexe 5 qui porte sur l'année 2006, beaucoup des établissements qui sont invités à préparer un CREF se caractérisent par une forte augmentation des charges. Les charges de personnel (titre 1) et les charges de structure (titre 4) connaissent souvent une hausse particulièrement forte. Dans presque la moitié des cas analysés dans l'annexe 4, la progression des charges de personnel est comprise entre 3 et 9% en 2006. Ce constat est complété par les outils *Diagnostic flash* qui permettent notamment d'apprécier la productivité des personnels médicaux. En particulier, la plupart des établissements en difficulté contrôlés par la mission se caractérisent par un ratio « nombre d'interventions / anesthésiste » bien inférieur aux objectifs fixés par la MEAH¹⁸.

Malgré ces constats, les objectifs d'économies fixés dans les contrats semblent modestes. Les mesures correctrices prévues sont souvent insuffisantes au vu de la situation financière de l'hôpital.

En effet, les mesures prévues dans les contrats ne portent que pour une part modeste sur la maîtrise de la masse salariale, alors que les dépenses de personnel constituent 70% des charges d'exploitation et que leur progression est fortement contrainte par les mécanismes statutaires et les revalorisations. Seule une minorité de contrats fixe des objectifs précis en matière de redéploiement des effectifs ou de maîtrise de l'évolution de la

¹⁸ Référence MEAH : 762 interventions par an.

masse salariale. Quand elles existent, les mesures de maîtrise de la masse salariale prévues concernent pour une grande part le personnel non médical et beaucoup moins le personnel médical, même dans les cas où sa productivité est inférieure à la moyenne, parfois du fait d'une sous-activité manifeste (certains services de chirurgie d'Albi) ou de doublons entre les sites (Sud Francilien, Nancy, Toulouse). En outre, au vu de la productivité médicale moyenne, certains hôpitaux auraient dû prévoir dans leur CREF de développer l'activité à effectifs constants, du moins dans un premier temps (exemple : Institut mutualiste Montsouris). Dans certains cas, des objectifs ambitieux de maîtrise de la masse salariale sont fixés (CHU de Nancy) mais les contrats sont peu explicites sur les moyens de les réaliser.

On note toutefois que la répartition des efforts prévus par les CREF en Ile-de-France met l'accent sur les économies : le retour à l'équilibre doit provenir à 60% des économies et à 40% des augmentations de recettes. Cet équilibre varie beaucoup selon les hôpitaux.

Les travaux réalisés par la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) en matière d'outils de gestion ou de normes d'organisation n'ont pas été suffisamment exploités pour la conception des mesures de redressement¹⁹. Un audit de la MEAH a toutefois été demandé dans certains cas (audit à Rouen portant sur l'organisation des lits afin d'augmenter la DMS ; audit à Longwy). Dans d'autres établissements, un audit externe de l'organisation du travail a été commandé pour préparer le CREF (Gaillac).

Certaines mesures d'économies s'inscrivaient trop exclusivement dans une logique financière sans traduire une action sur l'organisation médicale. Par exemple, certains CREF ont chiffré de manière globale les économies de personnel prévues, sans les replacer dans une réorganisation des services destinée à les rendre plus productifs.

Certains points auraient dû faire l'objet de mesures d'amélioration systématiques :

- les temps de mise à disposition des blocs (exemple : 38 heures par semaine dans certains hôpitaux contre 54 heures selon les références MEAH) ;
- la productivité médicale (exemple : productivité des anesthésistes, souvent faible) ;
- l'organisation des gardes et astreintes (dont le coût augmente paradoxalement dans certains hôpitaux dont l'activité diminue) ;
- développement de la chirurgie ambulatoire sur la base des objectifs fixés par l'Assurance maladie.

➤ *Le manque d'ambition sur les économies est particulièrement dangereux dans un contexte de fort investissement*

Plus de la moitié des établissements en difficulté contrôlés par la mission se sont engagés dans des programmes d'investissement ambitieux²⁰. Ces investissements, supposés améliorer l'efficacité, fragilisent leur structure financière au moins dans un premier temps, sans que leur apport en matière de productivité ait fait l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Le calcul du retour sur investissement et de l'impact des charges d'investissement sur l'exploitation a rarement été réalisé *ex ante*, en particulier dans le cadre des opérations

¹⁹ Le site Internet de la MEAH fournit pourtant les résultats de ses études thématiques très riches (blocs opératoires...).

²⁰ En particulier Sud Francilien, Le Raincy, Lille, Rouen, Nancy, Toulouse, IMM, Diaconesses, Albi, Lavour...

sur crédits Hôpital 2007. Or, le financement de l'investissement se répercute sur les charges financières supportées par les budgets. Le titre 4 des dépenses a ainsi augmenté de 157% entre 2004 et 2006 à l'Hôpital Sud Francilien. A Albi, la construction du nouveau bâtiment, qui n'a pas été subventionnée, a entraîné un surcoût de plus de dix millions d'euros par rapport à ce qui avait été prévu à l'origine et a fortement déséquilibré la situation financière.

Dans la plupart des CREF, les exigences supplémentaires d'amélioration de la productivité liées à un lourd programme d'investissement ne sont pas intégrées. Ce constat vaut notamment pour les établissements en difficulté qui ont recours à des techniques innovantes de financement de l'investissement. Ainsi, le CHU de Nancy a recours à un partenariat public/privé. Ses charges vont, de ce fait, augmenter à partir de 2012. Pourtant, le CREF ne tient pas compte de cette augmentation de charges qui interviendra au-delà de l'échéance du contrat. Cette charge supplémentaire devrait pourtant impliquer un effort supplémentaire d'économies dès 2007. L'expérience de pays ayant utilisé plus tôt la formule des PPP (Royaume-Uni) montre en effet que la négligence des engagements induits par ce mode de financement est porteuse de risques financiers très lourds pour l'avenir.

Les quatre CHU contrôlés s'engagent tous dans des programmes d'investissement considérables. Or, trois d'entre eux n'ont pas assaini au préalable leur situation financière. Dans tous les CHU contrôlés, un rétablissement de la situation financière s'impose pour financer l'investissement ; la préparation des contrats aurait dû s'accompagner d'une révision en profondeur des programmes d'investissement.

Dans deux des 19 cas contrôlés (Longwy, Versailles), le constat des difficultés financières a conduit à réduire très fortement les investissements. La baisse des dotations aux amortissements et provisions permet de ralentir la progression des charges. Cette stratégie, qui permet d'assainir la situation à court terme, doit être mise en œuvre avec prudence pour ne pas compromettre le niveau technique de l'établissement²¹.

➤ *Les CREF contiennent des prévisions des recettes irréalistes*

De nombreux CREF misent sur un développement peu réaliste de l'activité pour redresser la structure financière. Les prévisions d'augmentation de recettes inscrites dans certains contrats étaient souvent en contradiction avec l'évolution de la production de soins sur moyenne période. Dans certains cas, les prévisions d'activité se sont révélées irréalistes dès la première année de mise en œuvre du CREF, ce qui a faussé dès le départ l'équilibre financier du contrat. Dans d'autres cas, les prévisions trop optimistes d'activité nuisent à la crédibilité du CREF alors même que l'établissement a réalisé des économies significatives (Tarbes). Parfois, les établissements ont construit leur échéancier de retour à l'équilibre à partir d'hypothèses sur l'obtention de financements MIGAC supplémentaires peu probables (Rouen, Lille, Nancy).

Plusieurs contrats signés en 2006 ont reconduit sur les années suivantes l'augmentation d'activité constatée en 2006, menant à des objectifs ambitieux de hausse des recettes. Or, une partie significative de la hausse des recettes en 2006 était due à l'amélioration du codage ; les premiers constats établis en 2007, notamment sur les CHU, laissent apparaître une baisse de l'activité au cours du premier semestre.

²¹ A Versailles en particulier, l'EPRD faisant apparaître un déficit de 3,9 millions d'euros, le CH a décidé de décaler de six mois le programme d'investissement et de travaux.

Beaucoup de CREF fixent des objectifs ambitieux de développement de l'activité sans tenir compte de l'offre de soins sur le territoire de santé. L'exemple de l'IMM illustre cette situation. Alors que le diagnostic du CREF relie le déficit à des problèmes de sureffectifs, l'établissement a parié sur le développement d'activités (+18% sur trois ans) sans tenir compte de la situation de sa zone de santé. Or, la réalisation de cette hypothèse très élevée suppose une réduction de l'activité d'autres établissements ; l'IMM fait en particulier l'hypothèse d'une réduction du nombre de sites de chirurgie cardiaque dans le SIOS en cours d'élaboration.

L'optimisme sur le développement des recettes d'activité s'explique parfois par la nécessité de justifier des équipements surdimensionnés par rapport à l'activité de l'hôpital. C'est le cas dans le CH Sud Francilien, pour la construction d'un nouvel hôpital qui offrira une capacité de 20% supérieure à la capacité actuelle. On note aussi la nécessité de prévoir une hausse d'activité (peu réaliste) dans le CREF de l'hôpital de Tarbes afin de justifier la taille du nouveau bloc opératoire.

La prévision de hausse des recettes du PRE est même parfois contradictoire avec les OQOS fixés dans le CPOM. Ces deux documents ont pourtant été négociés au cours de la même période.

1.2.3. Des mesures mal articulées avec l'organisation de l'offre de soins dans les territoires

➤ Une offre publique trop éparpillée

Les CREF sont intervenus dans un contexte où l'offre hospitalière publique et semi-publique est encore trop éparpillée sur le territoire de santé. Des duplications d'activités cliniques et médico-techniques intra et inter hospitalières sont artificiellement maintenues et contribuent aux difficultés financières, en particulier dans les petits hôpitaux.

Dans l'échantillon d'établissements contrôlés par la mission, les coopérations prennent souvent la forme d'un partage des équipes de direction, ce qui constitue un premier pas (Nancy/Pont à Mousson, Gérardmer/Saint Dié). Dans certains cas, la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire GCS avec une clinique privée a été décidée, mais cela n'a pas toujours été fait dans de bonnes conditions (l'hôpital loue une partie de ses structures à la clinique pour un tarif trop bas par rapport au coût d'entretien).

Plusieurs des établissements contrôlés sont le résultat de fusions. C'est le cas du Sud francilien, de l'IMM, du CH des Diaconesses-Croix Saint-Simon et du CH du Raincy Montfermeil. Ces fusions ont permis une rationalisation de l'offre de soins sur le territoire de santé, mais la redistribution des activités au sein de ces hôpitaux n'a pas toujours été poussée à son terme.

A l'inverse, la mission a contrôlé plusieurs établissements petits ou moyens en grave difficulté pour lesquels un rapprochement ambitieux avec les autres hôpitaux du territoire de santé paraît être la seule solution. Le rapprochement, voire la fusion entre hôpitaux sont d'autant plus nécessaires dans un contexte de forte concurrence par les cliniques privées. Ainsi à Albi, les difficultés de l'activité chirurgicale sont aggravées par la concurrence de deux cliniques.

Le directeur d'ARH peut décider la fusion entre hôpitaux, y compris contre leur volonté, dans la mesure où il estime que cette réorganisation permet d' « adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt du malade au meilleur coût » (Code de la santé publique, article L. 6122-15). Le DARH n'utilise en pratique ce pouvoir que quand les établissements ont au préalable conclu un accord. Quant aux fédérations inter-hospitalières, créées en 1999, et aux conventions, elles gardent un caractère essentiellement médical. Les actions de coopération inter-hospitalière, sous la forme des groupements de coopération sanitaire, sont laissées à la seule initiative des établissements de santé.

➤ *L'absence de réponses apportées par les CREF*

L'élaboration des CREF aurait dû être l'occasion de réexaminer l'ensemble de l'activité des hôpitaux en difficulté pour réorganiser l'offre sur le territoire de santé. Pourtant, beaucoup de contrats omettent de fixer des objectifs en matière de rapprochements entre établissements, de réorientation de l'hôpital ou de reconversion de l'activité MCO. Or, un hôpital confronté à une forte crise financière et dont le service de chirurgie connaît une baisse rapide d'activité ne peut pas revenir à l'équilibre en prévoyant simplement des économies sur les remplacements ou sur les achats. Dans certains petits hôpitaux, il semble que ni l'établissement ni l'agence n'aient souhaité poser la question du maintien de la chirurgie, par crainte des réactions présumées des élus. La question du rapprochement avec d'autres établissements du territoire devrait être systématiquement posée par l'ARH lors de la préparation du CREF. Ainsi à Lavaur, le centre hospitalier, situé à environ 50 km du CHU de Toulouse, ne s'inscrit pas dans une stratégie de coopération avec ce dernier.

Beaucoup d'établissements ont considéré que les CREF devaient se limiter à des mesures d'économies sans réexaminer l'ensemble de l'activité de l'hôpital. Les plans de retour à l'équilibre correspondent donc à une suite de mesures, souvent nécessaires, mais qui ne répondent pas à la question de l'avenir de l'établissement sur son territoire de santé.

➤ *Les CPOM n'ont pas permis de prévoir les restructurations*

Les CPOM auraient dû permettre de remédier à ces insuffisances des CREF mais cela n'a pas toujours été le cas en raison de l'insuffisance des OQOS. Le mode de construction des OQOS par les ARH, fixés pour la plupart à partir de la consommation de soins existante dans la région, amène à s'interroger sur l'intérêt de cette procédure. En outre, le volet « moyens » des CPOM est approuvé de façon différée par rapport au volet « objectifs ».

Dans le cas des petits hôpitaux en difficulté, le CREF et le CPOM auraient dû être l'occasion d'envisager de manière plus volontariste la reconversion des services et notamment le développement des soins de suite. Le degré d'ambition des CPOM est inégal dans ce domaine. A Gaillac, le CPOM de l'établissement développe une stratégie de promotion de l'efficacité (développement du SSR et des soins palliatifs), mais la traduction financière de ces objectifs n'a pas été consolidée avec les objectifs financiers du CREF, ce qui est source de confusion. A Pont à Mousson, le CPOM a été utilisé pour fixer des axes de restructuration qui manquaient dans le CREF : développement des SSR et de la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, le CPOM, pas plus que le CREF, ne pose la question de l'avenir de la chirurgie dans cet hôpital.

Au final, l'absence d'une politique de restructurations cohérente a rendu plus difficile le redressement des établissements. C'est le cas de la restructuration de la chirurgie cardiovasculaire en Ile-de-France ou du développement du SSR dans les régions Midi-Pyrénées et Lorraine. Dans certains cas, les orientations du SROS 3 étaient trop peu précises pour encadrer la préparation des contrats (regroupement des plateaux techniques en Lorraine).

1.2.4. Des résultats globalement décevants

➤ *Des progrès sont en cours dans certains domaines*

La mission a identifié des **bonnes pratiques** dans des établissements où le CREF a favorisé la prise de conscience de la nécessité d'améliorer l'efficacité :

- des complémentarités externes sont recherchées, notamment sur les fonctions support et les politiques d'achat (adhésion de certains établissements au GCS UNI H.A.) ;
- la nécessité d'améliorer la DMS est reconnue et mène à la mise en œuvre de projets (développement de l'hospitalisation de semaine, de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile) ;
- un effort important et général a été accompli sur l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage ;
- certains hôpitaux ont soumis tout nouveau recrutement à une étude préalable de gestion prévisionnelle des emplois et des effectifs, ce qui a permis de maîtriser la progression de la masse salariale ;
- la capacité de la direction à faire adhérer le corps médical aux démarches de recherche de la performance a été un atout dans certains cas.

Dans les cas encore minoritaires où elle a été mise en place, la contractualisation interne est un facteur de progrès essentiel. Elle peut comporter des objectifs de performance (amélioration de la qualité des soins, de la DMS, du codage) et des objectifs d'économies. Elle est liée, dans certains établissements, à un intéressement des pôles à la réalisation des objectifs (CHU de Lille).

Les réorganisations ambitieuses restent très minoritaires. A Gérardmer et à Vittel, le service de chirurgie a été fermé. Ce type de mesure nécessite un accompagnement de l'ARH car elle induit à court terme une forte baisse des recettes sans diminution proportionnelle des charges.

A partir de l'échantillon étudié, il est clair que les contrats qui ont misé en majorité sur la maîtrise des dépenses (Saint-Denis, Le Raincy - Montfermeil) ont mieux réussi que ceux dont le succès dépendait du développement de l'activité.

➤ *Les CREF n'ont pas atteint leurs objectifs d'amélioration de la performance*

Dans la majorité des établissements contrôlés, la DMS est plus défavorable que la moyenne de leur catégorie²². Dans certains cas, l'efficacité semble avoir diminué au cours du CREF dans certains domaines : dégradation de la durée moyenne de séjour dans certains établissements franciliens, diminution de la productivité du personnel médical depuis la signature du contrat, etc.

²² On constate toutefois une DMS relativement favorable dans 7 cas : IMM, Versailles, Diaconesses, Toulouse, Tarbes, Bar le Duc, Albi.

Des établissements ont dû abandonner certaines mesures prévues au contrat de retour à l'équilibre en raison de l'opposition du personnel (exemple : mutualisation des agents des services hospitaliers ASH à Versailles).

Surtout, et de manière générale, les établissements contrôlés continuent d'accroître leurs effectifs, à de rares exceptions près. L'annexe 7 retrace les évolutions globales d'effectifs dans les hôpitaux contrôlés :

- 14 des 19 hôpitaux contrôlés connaissent une hausse d'effectifs médicaux et non médicaux depuis 2004 ;
- 7 sur 19 connaissent une hausse du personnel médical supérieure à 4% sur deux ans ;
- 7 sur 19 connaissent une hausse du personnel non médical supérieure à 2,5% sur deux ans.

Ces augmentations d'effectifs sont pour partie liées à la mise en œuvre de plans nationaux (plan cancer, plan santé mentale...). Toutefois, ni les plans nationaux, ni le durcissement des normes techniques, ni les évolutions constatées de l'activité, souvent faibles, ne suffisent à expliquer la totalité des augmentations d'effectifs constatées dans des établissements en grave difficulté financière.

Il est possible de réduire les effectifs, comme l'ont montré cinq hôpitaux en 2006 (Le Raincy, Gerardmer, Pont à Mousson, Gaillac, Vittel). A Tarbes, des efforts significatifs ont été réalisés à partir de 2006 : l'objectif de suppression de l'équivalent de 76 ETP fixé par le CREF est en passe d'être atteint. Dans les grands CHU, les plans d'économies ont seulement permis de réaliser des redéploiements internes de postes (CHU de Lille) ou de supprimer des emplois dans des proportions très modestes (à Rouen en 2006 l'équivalent de 42 ETP a été supprimé sur 6 700 ETP).

Au final, du fait d'une amélioration insuffisante de leur performance, les hôpitaux contrôlés restent en grande majorité « perdants à la T2A » si l'on en croit l'IP-MCO. Le passage à 100% de tarification à l'activité va donc accroître leurs difficultés financières, à de rares exceptions près.

Selon des chiffres fournis par la DHOS :

- en région Lorraine, l'IP-MCO était parmi les plus faibles au niveau national fin 2006. On estime que le passage à 100% de T2A signifierait des pertes supplémentaires de 10 M€
- en Ile-de-France, l'IP-MCO était de 0,937 fin 2006. Les pertes s'élèveraient à 65 M€ environ à 100% de T2A pour le MCO.
- en région Midi-Pyrénées, l'IP-MCO était de 1,014. La région devrait gagner environ 14 millions d'euros lors du passage à 100% de T2A pour le MCO.

Ces données sont préoccupantes, d'autant plus que l'IP-MCO égal à 1 ne garantit pas à lui seul l'équilibre de l'établissement, ni un financement satisfaisant des programmes d'investissement futurs.

➤ *Les CREF n'ont pas atteint leurs objectifs financiers*

Dans les établissements contrôlés, les CREF ont d'abord permis d'améliorer en apparence la situation financière grâce aux aides exceptionnelles consenties dans le cadre des contrats. Le versement d'aides importantes a ainsi permis dans certains cas d'apurer le retard dans le mandatement de la taxe sur les salaires ou de réduire le déficit d'exploitation de l'année de début du CREF. A plus long terme, et en neutralisant l'aide de l'ARH, l'amélioration de la situation financière des hôpitaux est plus incertaine.

En Ile-de-France, la situation financière globale des établissements en CREF s'est aggravée depuis le début de la procédure en 2004. Hors aides de l'ARH, le résultat net global des 25 établissements sous CREF pour 2006 aurait été de - 95 M€ En intégrant les aides de l'ARH, leur déficit net global de l'exercice 2006 était de - 31 M€, supérieur au déficit net de l'année ayant précédé les CREF. Il faut ajouter à ces déficits 155 M€ de reports à nouveau déficitaires²³.

En Lorraine, la situation financière est également préoccupante. Le caractère récent des PRE signés ne permet pas d'évaluer leur effet de moyen terme. On note toutefois que la préparation des PRE au cours de l'année 2006 n'a pas permis de réduire de façon significative les déficits fin 2006 par rapport à leurs montants prévus dans les EPRD. En neutralisant les aides de l'ARH, les déficits cumulés des 35 établissements en PRE sont en effet de 118 M€ fin 2006 contre 125 M€ prévus à l'EPRD, soit un rééquilibrage de seulement 7 M€ imputable aux efforts des établissements. Surtout, la situation du CHU de Nancy (plus de 20 millions d'euros de déficit fin 2006) est inquiétante.

En Midi-Pyrénées, la situation globale est plus proche de l'équilibre, mais les établissements en difficulté ne parviennent pas à améliorer leur situation. Des établissements de taille moyenne (Tarbes, Albi) présentent des déficits très importants malgré les aides de l'ARH versées dans le cadre des CREF.

A Lille, le CREF signé en 2004 n'a pas non plus permis de remédier aux déficits ni d'assainir la situation (progression des déficits et de l'endettement).

Au total, sur 19 procédures de retour à l'équilibre étudiées, on constate :

- dans trois cas, un constat d'échec du contrat qui a mené à son abandon (Sud Francilien, Pont à Mousson) ou à la préparation d'un avenant (Albi) ;
- dans trois cas (Bar le Duc, Vittel, Rouen), des contrats toujours non signés en raison de désaccords entre l'hôpital et l'ARH ;
- dans deux cas, un résultat équilibré (Saint-Denis, Longwy) mais instable, atteint au prix d'aides significatives de l'ARH ;
- dans un cas (Toulouse), des aides importantes sans contractualisation, ce qui amène la mission à préconiser la passation d'un contrat ;
- dans tous les autres cas, des CREF non respectés en raison de recettes non conformes aux prévisions et/ou de mesures d'économies non réalisées pour le montant prévu, et pour lesquels la mission a demandé la passation d'avenants.

²³ Plus globalement, pour l'ensemble de la région Ile-de-France hors AP-HP, le résultat cumulé était de - 302 M€ fin 2006 contre - 238 M€ fin 2005.

Tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit.

Dans certains cas, la dégradation financière en cours amène à douter du réalisme des programmes d'investissement prévus. Ainsi, dans plusieurs CHU contrôlés, l'ARH exprime des réserves sur le montant et sur le financement du programme d'investissement.

1.3. Un dispositif peu piloté aux niveaux national et régional

1.3.1. Le pilotage national

- *Les pratiques au niveau central n'ont pas facilité la tâche des ARH et des établissements*

Les messages envoyés par l'échelon central sur la nécessité de réaliser des économies ont été brouillés par la multiplication des mesures pouvant mener à des augmentations de dépenses :

- les plans nationaux de santé publique ont contribué pour une part non négligeable aux hausses d'effectifs dans les établissements en difficulté financière contrôlés par la mission. Ces postes sont financés par dotation la première année ; cependant, ce financement est minoré avec la progression du taux de T2A ; ils conduisent à des recrutements qui ne sont pas ciblés sur les domaines prioritaires dans le cadre de la stratégie de l'établissement ;
- l'évolution des normes techniques et des normes de sécurité vers une plus grande qualité a nécessairement un effet inflationniste, sans être toujours financée ;
- la négociation, au niveau central, de mesures statutaires et réglementaires non intégralement financées contribue également aux déficits constatés.

De plus, dans la dernière période, des plans d'économies ont été mis en œuvre au niveau national (280 millions d'euros par exemple en 2007) et se sont ajoutés à une progression contrainte des charges en particulier de personnel. Par exemple, le protocole d'accord dans la fonction publique hospitalière, signé le 19 octobre 2006, prévoit des mesures de revalorisation indiciaire et d'amélioration des promotions. Il a induit des charges supplémentaires considérables (5 millions d'euros en 2007 pour un grand CHU) alors que les établissements n'ont pas participé à sa négociation au niveau national. Les gestionnaires locaux ont considéré que ce protocole n'était pas financé ; de fait, le protocole avait été intégré dans les tarifs fixés, mais ces tarifs ont été abaissés par l'application du plan d'économies. Un établissement dont l'activité n'augmente pas est donc fortement pénalisé.

De fait, les efforts d'économies entrepris par certains établissements paraissent trop souvent absorbés par le coût de mesures nouvelles non financées. Les conditions de négociation de ces mesures au niveau national ne sont pas satisfaisantes.

La procédure de CREF a en outre été parfois discréditée par les interventions directes du niveau central, sur décisions politiques, conduisant à accorder des aides exceptionnelles. A cet égard, l'enveloppe financière à la disposition du Cabinet du Ministre, enveloppe non répartie en début d'exercice, est accordée à certains établissements en cours

d'année dans des conditions peu transparentes²⁴. Dans les cas étudiés par la mission, ces décisions n'ont pas résulté d'un diagnostic approfondi ni d'un dialogue exigeant avec les établissements. La pratique des dotations ponctuelles a concerné en particulier les CHU et les établissements considérés comme sensibles politiquement. Dans plusieurs cas, ces aides ont contribué à perturber l'équilibre financier défini dans le CREF et à affaiblir l'action de redressement portée par les ARH (par exemple pour les CHU de Nancy en 2006 et de Lille en 2007). L'article 6 de l'arrêté relatif au Conseil de l'hospitalisation, qui dispose que les décisions fixant les dotations régionales sont prises sur recommandation du Conseil, n'est pas respecté dans l'octroi de ces dotations ponctuelles.

Dans les établissements en CREF, le versement de ces aides exceptionnelles aurait dû entraîner une renégociation du CREF. De même, dans le cas d'établissements non concernés par les CREF, le versement d'aides exceptionnelles aurait dû donner lieu à la contractualisation d'engagements d'économies de la part des établissements. Ainsi, le CHU de Toulouse a bénéficié de subventions importantes depuis 2004 : 38 millions d'euros destinés à financer un programme important d'investissement et 12 millions d'euros de subvention exceptionnelle de fonctionnement en 2004. Ces aides auraient pu légitimement conduire à inscrire dans un contrat des engagements d'économies, destinés à garantir le financement du programme d'investissement prévu. En 2007, la stagnation de l'activité a, du reste, révélé certaines fragilités dans la structure financière du CHU.

Au final, les messages envoyés par le niveau central ont été contradictoires : nécessité de faire des économies tout en dépensant plus pour l'ensemble des priorités de santé publique et pour le financement de la politique salariale ; nécessité de s'engager dans un CREF rigoureux tout en espérant bénéficier au final d'une aide exceptionnelle qui rendrait les efforts moins douloureux.

➤ *Les circulaires se sont succédé sans vérification de leur mise en œuvre*

Les circulaires réaffirment à intervalles réguliers la nécessité d'engager les établissements dans des démarches ambitieuses de retour à l'équilibre :

- la circulaire de lancement des CREF prévoyait un suivi national de la politique des agences grâce à la remontée de tableaux sur la répartition intra-régionale des crédits de l'enveloppe de 300 M€;
- la circulaire du 24 février 2006 précise que l'enveloppe régionale de contractualisation doit « soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation » et demande que les agences n'attribuent d'aides « qu'aux établissements qui auront élaboré un plan de retour à l'équilibre ou de développement crédible » ;
- la circulaire du 1^{er} août 2006 rappelle que « la réalisation effective des économies constitue un enjeu majeur qui nécessite [de la part des agences] une très importante mobilisation » ;
- la circulaire du 21 février 2007 annonce une augmentation de l'enveloppe régionale de contractualisation des agences. Concernant les ressources destinées au financement d'engagements pris dans le cadre des CREF, la circulaire demande une nouvelle fois aux agences d' « allouer les ressources dès qu'[elles se seront] assurées du respect de ces engagements ».

²⁴ La DHOS ou le Cabinet adressent une lettre à l'ARH, lui demandant d'augmenter la dotation d'un établissement et lui notifiant une augmentation de sa dotation régionale.

Malgré l'ensemble de ces circulaires, les agences n'ont pas toujours considéré que l'octroi d'aides importantes à un établissement impliquait de vérifier la réalisation des efforts demandés en contrepartie. En pratique, deux des trois régions contrôlées par la mission ont considéré pendant deux ans (2004-2006) que la procédure contractuelle lancée au niveau national n'était pas adaptée à la situation de leur région. En outre, dans de nombreux cas, les CREF ont permis le versement de dotations sans que la contrepartie en termes d'engagements de l'établissement ait été vérifiée. Cette attitude, coïncidant avec la dégradation de la situation financière des hôpitaux des régions en question, aurait dû amener la DHOS à réagir pour s'interroger sur l'adéquation des instruments qu'elle avait mis en place ou sur la capacité des agences à les mettre en œuvre.

Les dispositions relatives aux établissements en difficulté qui figurent dans les contrats Ministère / ARH ne semblent pas tenir compte des résultats très mitigés de la politique menée depuis deux ans en matière de CREF. On peut donc se demander si l'administration centrale a assuré un réel suivi de la procédure CREF. Par exemple, le contrat entre le Ministère et l'ARH Midi-Pyrénées (2007) fixe l'objectif de développer les CREF, alors même que l'agence en question estime que l'outil contractuel ne constitue pas « un bon outil juridique pour contraindre l'établissement à s'engager dans une démarche rarement plébiscitée de retour à l'équilibre »²⁵. Il aurait été souhaitable que ce contrat comprenne un objectif chiffré de réduction des déficits pour la période 2007-2010, comme c'est le cas notamment en Ile-de-France.

Le niveau central n'a pas non plus réellement animé la mise en œuvre de la politique d'accompagnement des établissements en difficulté. Il n'a pas cherché à faciliter l'échange d'expériences et la mutualisation des bonnes pratiques. Les outils d'expertise n'ont pas été suffisamment mobilisés pour l'appui aux ARH. Cela est d'autant plus regrettable que des progrès considérables ont été faits dans la même période dans le management de la performance des établissements (productions de la MEAH, système d'information de l'ATIH²⁶, appui méthodologique de la MAINH).

La timidité du pilotage national du dispositif de CREF s'explique sans doute en partie par la conscience d'une responsabilité du niveau central dans la dérive de la situation financière des établissements. En outre, l'intervention de l'administration centrale n'est pas facilitée par les pressions politiques fréquentes en provenance des élus.

1.3.2. Le pilotage régional

- *Les agences sont restées en retrait au cours des phases de diagnostic et d'élaboration des mesures des CREF*

La plupart des hôpitaux contrôlés par la mission ont préparé deux documents : un plan de retour à l'équilibre (ou un plan de redressement) d'une part ; un CREF d'autre part, cosigné, dans un second temps, par le directeur de l'hôpital et le DARH. Le PRE a été alors annexé au CREF. En Lorraine toutefois, les PRE ont directement été signés par l'agence.

L'accent mis sur le plan de retour à l'équilibre préparé par l'établissement présente l'intérêt de le responsabiliser mais présente le risque de laisser l'établissement établir seul le diagnostic du PRE, souvent repris intégralement dans le CREF. Dans certains cas, du fait du

²⁵ Direction de l'ARH, lettre adressée à la mission, septembre 2007.

²⁶ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

délai entre la préparation des deux documents, le CREF a repris les mesures du plan de retour à l'équilibre alors même que la situation financière s'était dégradée depuis la construction de ce plan²⁷.

Les procédures ont parfois été rendues encore plus complexes par le choix de « spécialiser » les différents documents signés (CPOM, CREF, PRE) : le PRE avait parfois pour fonction d'acter les efforts d'économies de l'hôpital alors que le CPOM devait évaluer les recettes supplémentaires prévisibles. La mission estime que ce choix fait courir un risque majeur d'incohérence entre ces différents documents de planification. En outre, la fixation des mesures d'économies par l'établissement et de son engagement financier par l'Agence sont alors déconnectées.

L'implication de l'agence dans la phase de diagnostic préalable au contrat est souvent apparue insuffisante. En Ile-de-France, le bilan est contrasté. Un guide méthodologique complet a été fourni aux établissements, fixant des procédures standardisées de préparation du CREF, de mise en œuvre et de suivi²⁸. Une simulation de l'évolution financière de l'établissement en dehors de toute mesure de redressement a été demandée. Malgré ces outils, l'agence est restée trop en retrait, évitant de mettre l'accent sur certains problèmes structurels, notamment une sous-productivité globale du personnel médical de la région. Ce point aurait dû faire l'objet d'un diagnostic obligatoire dans les contrats. En Lorraine, l'appui de la mission d'expertise économique et financière de la Trésorerie de région a été parfois utilisé, mais les résultats sont souvent semblables à ceux de la région parisienne : le diagnostic est incomplet sur les causes structurelles des difficultés de l'hôpital. En région Midi-Pyrénées, les lacunes constatées dans les diagnostics des CREF s'expliquent en partie par la méthodologie très succincte transmise par l'agence aux établissements.

Au final, les agences ont souvent repris les mesures préparées en interne par l'établissement sans procéder à une véritable analyse contradictoire. A Lille en 2004, quelques réunions entre l'agence et le CHU ont été organisées, mais le CREF signé au final a repris le contenu du plan déterminé en interne. La seule valeur ajoutée du contrat de retour à l'équilibre a été de permettre le versement d'une aide financière. En Ile-de-France, l'ARH a estimé que la fixation des mesures à prendre relevait de la seule responsabilité de l'établissement, ce qui constituait un pari risqué.

En région Midi-Pyrénées, les référents administratifs de l'ARH (DDASS) ont refusé dans deux cas d'agrée le plan de redressement présenté par l'hôpital en raison de son imprécision (Lavaur) ou d'une dégradation importante de la situation financière (Albi). Un nouveau plan de redressement a alors été préparé et accepté par la tutelle. Dans les deux cas, ce plan est toutefois apparu irréaliste au bout de quelques mois.

➤ *Les financements des CREF consentis par les agences ont été considérables*

Les ARH ont mobilisé une partie des crédits d'aide à la contractualisation pour accompagner les CREF selon des modalités diverses :

- en Ile-de-France, l'ARH a pris en charge le déficit cumulé constaté au moment du contrat, à charge pour l'établissement de résorber les déficits qui interviendraient jusqu'au retour à l'équilibre en 2008 ; cela a représenté un engagement pluriannuel de 224 M€;

²⁷ Cela a été le cas notamment à Gaillac.

²⁸ En Lorraine, un « PRE-type » a également été fourni aux hôpitaux.

- en Lorraine, l'agence a financé les frais financiers d'emprunts de rééquilibrage du haut des bilans des établissements et a ajouté des aides de montants divers ; pour la première année des PRE (2006), près de 26 M€ ont été mobilisés, en intégrant une dotation nationale de 11 M€ au profit du CHU de Nancy ;
- en Midi-Pyrénées, Albi et Tarbes ont bénéficié d'aides reductibles sur la durée du contrat.

Dans l'ensemble, les financements apportés n'ont que très peu concerné l'aide à la reconversion des personnels du fait de la faible mobilisation du Fonds de modernisation des établissements des santé publics et privés (FMESPP). Pourtant, l'existence de sureffectifs dans certains domaines expliquait pour partie la sous-performance des établissements.

Les modalités de versement des aides n'ont pas toujours permis de garantir le respect par l'établissement de ses engagements. Ainsi à Pont à Mousson, l'ARH s'est engagée sur une aide annuelle sur une période de dix ans, alors même que le PRE n'a pas été signé ni mis en œuvre.

L'annexe 8 met en regard les aides apportées par l'Agence et les efforts prévus par les établissements. Le ratio « aides/économies » est variable, ce qui est normal car les situations des établissements sont d'inégale gravité. On note que les contrats prévoient toujours un montant d'économies de l'établissement supérieur au montant de l'aide de l'ARH, à l'exception de trois hôpitaux : Sud Francilien, Gérardmer, Diaconesses.

➤ *Le suivi régional de la mise en œuvre des contrats a été insuffisant*

Selon l'ARH Midi-Pyrénées, même si les mesures prévues par les CREF paraissent peu ambitieuses, l'intérêt de ces premiers contrats est d'avoir entamé une dynamique partagée de redressement. L'agence estime que la passation d'avenants permettra de rendre les CREF plus exigeants, mais cela suppose que le suivi des CREF soit réalisé de manière rapprochée, ce qui n'est pas toujours le cas.

Quand elles étaient prévues par les CREF, les obligations de suivi se sont souvent réduites à une information trimestrielle sur l'état d'avancement du contrat. En Ile-de-France, les CREF ont prévu une réunion annuelle d'un comité de suivi du contrat, mais cette pratique a été abandonnée²⁹. De fait, les signataires des contrats n'ont pas pu les adapter à des chocs exogènes sur les recettes ou les charges. Ainsi au CH de Diaconesses, le CREF n'a pas été adapté à la suite du report de l'opération d'investissement, alors que la préparation du CPOM aurait pu permettre cette adaptation.

De manière générale, des avenants aux contrats auraient permis de modifier les objectifs en fonction des aléas rencontrés : montée en charge de la T2A selon un rythme non connu au moment de la signature des CREF, baisse de certains tarifs, mise en place des pôles, dégradation imprévue de la situation concurrentielle... De fait, le suivi, quand il a été réalisé, s'est avéré très précieux. Ainsi à Saint-Denis, certaines économies prévues n'ont pas été réalisées ; des mesures d'économies substitutives ont alors été mises en œuvre.

²⁹ La discussion sur le contrat a été intégrée aux conférences budgétaires.

La mise en place en 2006 de l'EPRD a constitué un progrès qui doit être davantage exploité. Les établissements effectuent désormais une transmission quadrimestrielle de l'état d'exécution de l'EPRD à l'ARH (dépenses engagées, recettes attendues, activité constatée). Cela devrait permettre à l'agence de prendre plus rapidement des mesures correctrices en cas de difficulté financière sérieuse au cours de la mise en œuvre du CREF. Toutefois, dans plusieurs des cas contrôlés par la mission, une bonne réactivité de l'agence aux difficultés d'un hôpital a été suivie par des délais trop longs de négociation des mesures de redressement (Albi, Gaillac, Rouen).

➤ *Les dispositifs de sanction attachés aux CREF n'étaient pas crédibles*

L'une des raisons du manque d'efficacité des CREF vient du fait qu'aucune sanction n'est associée à la non réalisation des objectifs. La plupart des CREF mentionnent la possibilité pour l'agence de demander le remboursement des aides versées en cas de non réalisation des objectifs. Toutefois, ce remboursement aurait pour effet d'aggraver la situation financière de l'hôpital et ne constitue donc pas une menace de sanction crédible. Réciproquement, la réussite d'un CREF ne se traduit pas par un système de récompense qui pourrait constituer une incitation à mettre en œuvre le contrat pour les directeurs comme pour le personnel.

En outre, la saisine de la chambre régionale des comptes est possible en cas de dégradation de la situation. Toutefois, elle crée un délai supplémentaire et ne doit pas empêcher le directeur de l'ARH de prendre rapidement des mesures ambitieuses de redressement de l'hôpital.

➤ *Ces constats montrent que les agences ne disposent pas des moyens techniques et politiques pour construire de véritables contrats avec les établissements*

La capacité d'action des ARH comme des DRASS se heurte en particulier au manque de compétences spécialisées (finances, contrôle de gestion) de leurs équipes. Les moyens consacrés par les agences au suivi des CREF ne sont pas suffisants. L'ARH d'Ile-de-France estime ainsi que le suivi des CREF a mobilisé 2,1 ETP³⁰, pour des contrats qui représentaient un engagement total de l'agence de 224 M€. Le constat est le même dans les autres régions contrôlées. Le recrutement des « chargés de mission efficience » n'a pas permis d'améliorer réellement la situation dans la mesure où ils sont souvent placés en facteur commun sur trois ou quatre régions. De plus, les agences ne peuvent pas aujourd'hui mandater une équipe d'audit pour intervenir dans un établissement si celui-ci s'y oppose.

Dès lors, beaucoup de contrats de retour à l'équilibre reflètent exclusivement la réflexion interne à l'établissement, alors qu'une implication plus forte de l'agence est nécessaire et légitime en raison de l'octroi de moyens supplémentaires. Cette implication aurait souvent permis de mettre au jour les insuffisances des CREF. La faiblesse des équipes est particulièrement préjudiciable face aux équipes des CHU (et des grands CH) qui ont été nettement renforcées et professionnalisées ces dernières années.

Ce manque de disponibilité des agences tient en partie à l'obligation de conclure un CPOM avec l'ensemble des établissements. La politique contractuelle étendue à tous les établissements de la région absorbe une part importante du temps et de l'énergie des équipes des ARH et des DDASS, pour des résultats contrastés. L'objectif de signature pour le 31 mars

³⁰ 0,6 ETP ARH et 1,5 ETP issus des DDASS et de la CRAM.

2007 du CPOM « socle » de chaque établissement, contenant les OQOS, a mobilisé les agences au détriment d'un suivi rapproché des établissements en difficulté financière.

1.4. Des faiblesses dans le management des établissements

1.4.1. Le conseil d'administration refuse souvent d'endosser les CREF

La position du président du conseil d'administration, souvent maire de la ville, ne facilite pas l'adoption par l'hôpital d'une logique de redressement. L'hôpital est parfois le premier employeur du bassin d'emploi. La volonté de préserver la paix sociale conduit souvent le président du conseil d'administration à refuser que les contrats contiennent des engagements exigeants sur l'évolution des effectifs. Ainsi, un grand CHU refuse explicitement dans son CREF d'envisager une réduction d'effectifs, même de façon temporaire pour permettre d'assainir la structure financière. Le retour à l'équilibre doit provenir d'une augmentation de l'activité et d'un redéploiement interne des emplois vers des spécialités porteuses. Dans d'autres cas, le maire ne souhaite pas que le CREF envisage des solutions de type structurel : fermeture d'un service de chirurgie en sous-activité, rapprochement, voire fusion, avec un hôpital voisin. Le fait que le président du conseil d'administration soit un élu communal ne facilite pas la recherche de solutions intercommunales.

Actuellement, les CREF font l'objet d'une simple délibération au conseil d'administration. La cohérence entre la démarche du directeur et celle du président du conseil d'administration est souvent apparue peu évidente à la mission. Plusieurs directeurs d'établissements dont le CREF était mal mis en œuvre ont regretté le fait que le président du CA ne les soutient pas suffisamment dans leur démarche. La crainte des réactions des élus peut aussi parfois être un prétexte pour maintenir le statu quo en matière d'effectifs.

1.4.2. Les équipes de direction sont parfois mal adaptées

La mission ne sous-estime pas l'ampleur de la tâche à laquelle sont confrontés les directeurs d'établissements en difficulté. Ils ne doivent pas servir de boucs émissaires en cas de crise, d'autant plus que les difficultés d'un établissement relèvent souvent de causes anciennes. Toutefois, les équipes de direction se sont parfois révélées mal adaptées aux exigences d'une opération de redressement : instabilité de l'équipe de direction sur la période du contrat de retour à l'équilibre, manque d'expérience dans la gestion d'établissements en difficulté et dans la gestion de programmes d'investissement très ambitieux...

Une part non négligeable du redressement d'un hôpital dépend de la capacité de la direction à convaincre les différents acteurs, en interne et en externe. La mission a observé des cas où le redressement est directement lié à l'arrivée de nouveaux directeurs, permettant un renforcement des capacités de management et des compétences techniques de l'équipe de direction. Or, la gestion statutaire du corps des directeurs ne permet pas actuellement d'organiser des parcours de carrière de façon à garantir que l'établissement soit pris en charge par des équipes suffisamment motivées et stables pour gérer la période critique de redressement. La mise en place du Centre national de gestion CNG, qui a notamment pour objectif d'améliorer l'adéquation entre les postes et les profils des directeurs, n'était pas achevée au moment où la mission est intervenue. Toutefois, la création du CNG n'est pas en elle-même une garantie de professionnalisation, en raison, en particulier, du maintien du rôle des conseils d'administration dans les procédures de sélection.

Le fait d'avoir assaini la situation financière d'un établissement en difficulté n'est pas actuellement pris en compte dans la progression de carrière d'un directeur. Cela peut contribuer à expliquer le manque d'attractivité des hôpitaux en difficulté pour des directeurs qui ont fait leurs preuves dans d'autres établissements. Les directeurs qui assurent l'équilibre de leur hôpital ne bénéficient pas toujours d'un traitement plus favorable que ceux qui ont simplement accompagné la dégradation de la situation financière de leur établissement. Si l'équilibre financier d'un hôpital est loin de dépendre des seuls efforts de son directeur, il reste un acteur dont le rôle est déterminant. Il est donc nécessaire d'augmenter l'incitation des équipes de direction à considérer l'équilibre financier comme un objectif essentiel à atteindre à échéance rapprochée, voire comme une priorité absolue pour leur établissement.

Une liste de 55 établissements dont les directeurs vont bénéficier d'une prime liée à la difficulté de la gestion de ces hôpitaux a été rendue publique à l'été 2007³¹. Cette initiative présente l'intérêt de mettre l'accent sur les difficultés particulières associées à la gestion de certains établissements. Pourtant, il ne semble pas que les critères de choix des établissements dans chaque région aient été très clairs. Cette confusion s'illustre dans le fait que la liste associe des établissements en réelle difficulté financière à des établissements visiblement choisis du fait de leur climat social problématique.

La procédure d'administration provisoire, certes prévue récemment par les textes, n'a jamais été utilisée, malgré la gravité de la situation financière dans certains établissements. Elle peut être adaptée en cas de graves difficultés mais elle ne garantit pas la mise en place d'une direction stable nécessaire au redressement. L'arrivée d'un administrateur provisoire pour douze mois ne donne pas à l'établissement les outils nécessaires pour assurer son redressement, notamment en matière de GRH.

1.4.3. La nouvelle gouvernance a encore un impact limité

Au moment où est intervenue la mission, la nouvelle gouvernance était en cours de mise en place. Les pôles étaient créés mais les contrats de pôle non encore signés. Les conditions de fonctionnement de la nouvelle organisation étaient donc encore incertaines.

La mise en place des pôles ne signifie pas la fin des frontières et des doublons entre services. Dans les grands CH et CHU, des pôles sont encore situés sur plusieurs sites, ce qui nuit à l'efficience.

De fait, le fonctionnement des établissements est encore marqué par un cloisonnement important entre la direction et les équipes médicales. Il n'est pas toujours aisé de mobiliser la communauté médicale sur des objectifs de développement et de rationalisation des activités. Dans les cas où cette association des médecins a été réussie (IMM), elle porte ses fruits en matière d'amélioration de la performance. La mise en place des pôles devrait signifier une responsabilisation accrue des médecins y compris dans la gestion financière et administrative.

³¹ Arrêté du 30 juillet 2007 en application du décret du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

1.4.4. Les organisations syndicales s'opposent souvent aux mesures d'économies

L'accueil réservé aux CREF par les organisations syndicales est négatif dans la quasi-totalité des cas rencontrés. Les syndicats sont peu disposés à avaliser des mesures considérées comme affectant à terme les effectifs et les conditions de travail des personnels. Les représentants du personnel s'accordent avec certains des directeurs et des membres du conseil d'administration rencontrés sur l'identification des causes des difficultés financières : les déficits sont expliqués par un sous-financement supposé de l'hôpital et non par des problèmes de performance.

1.5. De puissants freins à la recherche de l'efficience dans les hôpitaux

1.5.1. Des rigidités dans la gestion du personnel

Un chef d'établissement n'a actuellement pas les moyens de réagir rapidement à une situation de difficulté financière car ses moyens d'action en termes de gestion des ressources humaines, notamment médicales, sont très limités.

➤ *La gestion des équipes médicales*

Les rigidités dans la gestion du personnel médical rendent difficile l'adaptation rapide aux évolutions de l'activité³². En particulier, les établissements ne maîtrisent que partiellement leurs recrutements de médecins, ce qui est particulièrement dommageable pour ceux qui sont en difficulté. Ces établissements ont besoin de se recentrer rapidement sur des activités porteuses pour réduire leurs déficits, ce qui implique de faire évoluer leurs équipes. Dans un cas rencontré, cette démarche de recentrage sur les activités stratégiques a été facilitée par le statut PSPH de l'établissement.

La souplesse des recrutements se heurte à trois types d'obstacles :

- la centralisation au niveau national des décisions de nomination et d'affectation des praticiens hospitaliers, qui entraîne une lourdeur des procédures et une adaptation au poste incertaine ;
- les conditions de rémunération des praticiens, qui prennent peu en compte l'activité. Les rémunérations constituent un handicap concurrentiel par rapport au secteur privé pour les recrutements ;
- le mode de construction des plans de santé publique. Ces plans fixent aux hôpitaux des objectifs de moyens plutôt que de résultats, ce qui contribue à l'augmentation des effectifs médicaux. Or, les recrutements réalisés dans le cadre des plans nationaux ne s'inscrivent pas dans une logique de renforcement d'activités au fort potentiel.

Des difficultés similaires se posent dans le cas d'un déclin d'activité rencontré par un hôpital. Il est malaisé de reconvertir des postes médicaux en cas de restructurations. Ainsi à Gérardmer, malgré la fermeture de la chirurgie, la rémunération d'un chirurgien et d'un anesthésiste continue de peser sur le budget de l'hôpital (245.000 € annuels).

³² Rigidités déjà dénoncées dans le rapport de la Cour des comptes sur la fonction publique hospitalière (2006).

Le directeur de l'ARH dispose déjà de pouvoirs réglementaires importants en matière de redéploiement de services, activités et équipements hospitaliers et de transfert de postes médicaux mêmes occupés (articles L6122-15 et L6122-16 du code de la santé publique). Les praticiens hospitaliers titulaires concernés par des transferts de postes « ...demeurent nommés sur les emplois transférés. » Ils sont donc dans l'obligation de suivre leur poste. Cette disposition est complétée dans les statuts par le fait que les praticiens dont l'emploi est transformé ou transféré dans le cadre d'une opération de restructuration, de réorganisation ou de coopération peuvent demander une mutation sans que leur soit opposée de condition d'ancienneté, ce qui leur permet de muter rapidement si leur nouveau poste ne les satisfait pas.

La réforme des statuts des praticiens hospitaliers en 2006 a introduit des assouplissements supplémentaires dans ce domaine :

- **allègement des procédures** : nomination immédiate sans passage en commission statutaire nationale sauf cas de divergence entre le conseil exécutif et la CME ; publication des postes deux fois par an au lieu d'une à partir de 2007 ; association de profils de postes aux publications ;
- **mise en place d'une part complémentaire variable de rémunération**, limitée aux chirurgiens ;
- **introduction d'une position de recherche d'affectation** (Code de la santé publique - R6152-50-1), dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé auprès du CNG « soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières ». Le placement en recherche d'affectation est décidé par le directeur du CNG après avis motivés de la CME, du conseil exécutif de l'établissement et de la commission statutaire nationale. Le praticien en position de recherche d'affectation est placé auprès du CNG et rémunéré par lui pour une durée maximale de deux ans³³ ; le budget du CNG devrait lui permettre en 2008 d'utiliser cette procédure (prévue pour les praticiens et les directeurs) pour financer environ 350 postes ; selon les informations transmises à la mission, le cadre juridique permettant cette mesure n'est pas achevé ; la mission considère que la sortie du texte relatif à cette procédure est une priorité.

Des difficultés importantes persistent dans la gestion des praticiens hospitaliers. Dans plusieurs cas rencontrés, des situations de sous-activité n'ont pas entraîné de décisions concernant le redéploiement des praticiens. Ainsi, la mission a constaté dans un hôpital le cas de trois praticiens en chirurgie viscérale dont l'activité équivaut à peu près à celle d'un praticien dans le secteur privé. Cette sous-activité exigerait une action urgente. Dans d'autres cas, la mission a constaté une faible productivité de praticiens (exemple : anesthésistes). D'une manière générale, il semble que les procédures d'insuffisance professionnelle ne soient jamais mises en œuvre.

L'utilisation limitée des marges de manœuvre qui existent dans ce domaine s'explique par des positions tranchées des acteurs sur l'emploi médical. Ainsi, les responsables de pôles et de services continuent souvent de considérer que les postes médicaux

³³ A l'issue des deux ans de position de recherche, soit le PH réintègre sur un poste vacant dans le cadre d'une procédure normale de mutation (mais il faut qu'il soit accepté par l'établissement), soit il se voit proposer 3 postes au choix. S'il les refuse tous, il est normalement licencié mais il peut également être mis en disponibilité d'office pour une durée de 1 an renouvelable 3 fois. En tout état de cause, le PH cesse d'être rémunéré.

sont attachés de droit à leur pôle et ne sauraient être redéployés en fonction de l'activité. De fait, les mesures d'économies mises en œuvre dans le cadre de CREF ont concerné davantage le personnel non médical que le personnel médical. Des marges de progrès importantes existent pourtant dans le domaine de l'organisation du travail des médecins. Ainsi, dans un établissement, malgré une baisse importante de l'activité chirurgicale, on a constaté une forte augmentation des rémunérations de plages additionnelles.

➤ *La gestion du personnel non médical*

Dans la plupart des cas contrôlés, la rotation des effectifs est importante. Elle devrait s'accroître en raison de l'augmentation des départs en retraite. Pourtant, les hôpitaux contrôlés ne paraissent pas engagés dans une réflexion de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, sauf exception. Les directions estiment que l'augmentation du nombre de départs en retraite va leur permettre d'inverser leur effet glissement-vieillesse-technicité GVT en raison du recrutement de jeunes professionnels. Mais elles ne s'interrogent pas sur la possibilité de redéployer et de réduire leurs effectifs à cette occasion. Certains CHU ont reconnu avoir des sureffectifs mais ne paraissent pas vouloir exploiter leur forte rotation d'effectifs pour remédier à ce problème. A l'inverse, à Tarbes, le *turnover* a été exploité pour faire baisser de 4% le personnel non médical en 2006.

Les petits hôpitaux estiment que la faiblesse de la rotation d'effectifs ne leur permet pas de restructurer rapidement l'emploi non médical en fonction de l'évolution de l'activité. Ce constat est partiellement vérifié dans le sud de la France en raison de la faible mobilité due à l'héliotropisme. Toutefois, la quasi-totalité des hôpitaux contrôlés dans la région Midi-Pyrénées dispose d'un *turn over* suffisant pour faire varier rapidement les effectifs de certains services si cela est jugé nécessaire.

➤ *L'utilisation du FMESPP*

Dans les cas contrôlés, les moyens du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ont été très peu utilisés pour accompagner les reconversions de personnels. Les moyens de ce Fonds sont trop dispersés pour être vraiment efficaces. Le FMESPP est pourtant bien doté (environ 400 M€ par an) mais ces crédits sont dispersés entre objectifs multiples. Ce fonds, d'abord créé en 1997 pour accompagner la mobilité et la reconversion des personnels en cas de restructuration³⁴, a vu ses missions progressivement élargies à partir de 2000 : financement d'hôpital 2007, des plans locaux d'amélioration des conditions de travail, soutien au plan psychiatrie...

Les circulaires annuelles sur l'utilisation du Fonds le compartimentent en sous-enveloppes contradictoires avec les besoins des agences, dont les politiques de restructurations nécessiteraient plutôt une enveloppe globale leur permettant de disposer d'une marge de manœuvre financière. La circulaire du 2 juin 2007 n'échappe pas à cette règle. Elle maintient une gestion centralisée des décisions de financement. Les ARH, au final, utilisent peu le Fonds pour financer des opérations de restructuration.

³⁴ Création du FASMO par l'article 25 de la loi n. 97-1164 du 19 décembre 1997 ; transformation en FMESPP par l'article 40 de la loi n° 2000- 1257 du 23 décembre 2000.

1.5.2. *Un cadre de financement qui n'incite pas suffisamment à la recherche de la performance*

- *Le manque de transparence sur la fixation des tarifs crée des incertitudes financières*

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a constitué un révélateur de la sous-performance de certaines activités dans les établissements. Le budget global a occulté trop longtemps des dysfonctionnements. La mise en œuvre de la T2A conduit à une responsabilisation accrue des gestionnaires hospitaliers.

Pour autant, l'absence de transparence sur les conditions de fixation des tarifs gêne les établissements pour assurer une bonne prévision de leurs recettes³⁵. Les facteurs de l'évolution des tarifs, en elle-même légitime, ne sont pas suffisamment expliqués. Dans plusieurs établissements contrôlés, les modifications de tarif, justifiées par l'évolution de la productivité ou la mise en œuvre des politiques de santé publique, n'étaient pas comprises par les gestionnaires ni les médecins. L'évolution du cadre tarifaire national a entraîné une baisse des recettes sur certaines activités, sans que cela ne conduise à renégocier les contrats.

La faible progressivité de la montée en régime de la T2A a rendu plus difficile le financement de projets d'activités nouvelles car ces activités n'étaient que partiellement financées dans ce cadre (activités non financées dans la DAC et financées seulement pour partie par la T2A).

En outre, les financements exceptionnels, consentis sans discussion exigeante avec les établissements, n'ont pas favorisé le développement de la performance. C'est le cas particulièrement de la majoration forfaitaire des tarifs de 7 % pour l'Ile-de-France. Le niveau de cette majoration n'a pas été défini à partir d'une vision précise des charges supplémentaires que supportent les établissements du seul fait de leur localisation en Ile-de-France. Or, la mise en œuvre de cette majoration a notamment conduit à masquer la sous-productivité moyenne des personnels médicaux et paramédicaux.

- *Les financements hors tarifs donnent aussi lieu à des contestations*

Plus encore que l'évolution des tarifs, la fixation des enveloppes de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) donne lieu à de vives contestations. Ces enveloppes semblent cristalliser les tensions car elles perpétuent dans les établissements des raisonnements en termes de sous-financement malgré la fin de la dotation globale. C'est le cas en particulier pour trois des quatre CHU contrôlés. A titre d'exemple, le CHU de Nancy estime à 6,7 M€ la différence entre le financement des MIG et leur coût réel. La différence est estimée à environ 6 M€ à Lille comme à Rouen.

Sans s'engager dans l'évaluation au cas par cas d'éventuels « sous-financements » des MIGAC, la mission souhaite faire les remarques suivantes :

- dans plusieurs des cas rencontrés par la mission, les enveloppes MIGAC sont contestées alors même qu'elles ont connu récemment une forte revalorisation (augmentation de 45% à Lille depuis 2004, augmentation de 8% à Rouen entre 2005 et 2006) ;

³⁵ Voir par exemple la circulaire du 20 septembre 2006 modifiant certains tarifs. Les tarifs ont connu plusieurs modifications au cours de l'année 2006.

- dans les établissements contrôlés, la valorisation des MIGAC à leur coût tel qu'estimé par l'établissement ne suffirait pas à mettre fin au déficit d'exploitation constaté ;
- plus généralement, les enveloppes MIGAC ne sauraient être « sanctuarisées » : il est normal qu'elles participent aux plans d'économies de l'assurance maladie, comme cela a été le cas en 2006 et 2007. Elles peuvent également être utilisées par les ARH comme outil de redéploiement entre établissements ;
- à moyen terme, rien ne garantit que le principe de financement des missions d'intérêt général à leur coût réel pour l'établissement soit maintenu.

Des groupes de travail ont été mis en place dans toutes les régions afin de fiabiliser la valorisation des MIGAC. L'agence et les hôpitaux doivent redéfinir les activités qui relèvent des MIGAC en les distinguant de celles qui relèvent de la tarification à l'activité. Toutefois, les remises à plat des MIGAC devraient s'opérer, sauf exception, à périmètre constant de l'enveloppe régionale.

En outre, l'estimation des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) est considérée comme injuste par les gestionnaires de certains hôpitaux. De fait, il semble que le classement des MERRI se soit avéré dans certains cas pénalisant (Lille, Rouen). Des travaux de redéfinition du mode d'allocation budgétaire au titre des MERRI sont en cours. La réforme de l'estimation des MERRI devrait intervenir à partir d'une enveloppe constante au niveau national.

1.5.3. Une comptabilité perfectible et des outils de gestion insuffisants

➤ La comptabilité générale

La comptabilité hospitalière est régie par l'instruction M21 qui s'inspire du plan comptable général³⁶.

La mise en place de l'EPRD en 2006 a constitué un progrès par rapport au budget limitatif qui était indirectement à l'origine de reports de charges considérables. De fait, les reports de charges ont été intégrés à l'EPRD 2006 et financés pour partie par l'aide nationale exceptionnelle de 300 M€ La construction d'un compte financier unique (arrêté du 19 octobre 2006) devrait également renforcer la coopération entre l'ordonnateur et le comptable, très imparfaite jusqu'à présent, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2007).

Les contrôles effectués par la mission montrent que la mise en place de l'EPRD n'a pas mis fin à des pratiques irrégulières relevées par la Cour des comptes pour les années 2004 et 2005 :

- problème de créances irrécouvrables qui ne sont pas automatiquement passées en pertes sur la période récente (Sud Francilien) ;
- dotations aux provisions dont l'évaluation semble dépendre de la situation budgétaire de l'établissement. Les provisions sont parfois surévaluées afin de masquer une situation excédentaire (CHU de Toulouse en 2004) ; des réserves sont ainsi constituées, à partir de subventions, sans que les provisions correspondent à un risque

³⁶ La dernière version de l'instruction M21 date de 2006.

véritable³⁷. Dans d'autres cas, les dotations aux provisions diminuent brusquement par rapport à l'année précédente, sans doute pour freiner l'augmentation des charges ;

- charges indues imputées sur le budget de l'hôpital en provenance de budgets annexes, notamment ceux des EHPAD³⁸ (Gaillac).

➤ *La comptabilité analytique et les outils de gestion*

Le décret du 31 juillet 1992 pose l'obligation pour les établissements de mettre en place une comptabilité analytique. Le décret du 29 décembre 1997 oblige les établissements à procéder à un retraitement annuel du compte financier pour répartir les charges entre les activités MCO, HAD, SSR, etc. L'étude nationale des coûts (ENC) permet de disposer des coûts complets par groupement homogène de malades des établissements volontaires (données collectées par l'ATIH) et sert de base à la fixation des tarifs.

Ces obligations sont respectées de manière très variable. Or, la mise en place rapide d'outils performants de comptabilité analytique est rendue encore plus nécessaire par la montée en charge de la T2A et par l'organisation en pôles. La comptabilité analytique doit permettre aux gestionnaires d'identifier les activités, les services ou les GHM qui coûtent plus qu'ils ne sont rémunérés. L'identification des surcoûts est essentielle pour lancer les réorganisations nécessaires.

Plusieurs établissements ont également commencé à déployer des outils nouveaux en partenariat avec la MEAH³⁹. La MEAH sélectionne les bénéficiaires parmi les établissements volontaires (50 établissements retenus en 2006 sur 64 candidats). Elle a identifié en particulier deux outils stratégiques pour repérer les sources de sous-performance : le tableau coûts-case mix (TCCM) par pôle ; le compte de résultat par pôle⁴⁰.

Or, une grande partie des établissements contrôlés par la mission ne dispose pas de ces outils de pilotage. Certains petits hôpitaux ont une comptabilité analytique très insuffisante voire quasiment inexistante (Gaillac, Pont à Mousson). Peu sont capables de produire des TCCM ou des comptes d'exploitation par pôle. Les tableaux de bord des pôles, quand ils existent, se limitent parfois aux éléments financiers sans intégrer d'indicateurs de performance médico-économique (Versailles). Les calculs de coûts par séjour sont encore plus rares car ils supposent un système d'information perfectionné.

Dans les cas où la comptabilité analytique est bien tenue, son utilisation est encore faible (exemple : Gérardmer). Le dialogue de gestion entre la direction, les médecins et les responsables des services médico-techniques et logistiques ne s'appuie pas encore suffisamment sur des études médico-économiques.

Dès lors, beaucoup d'établissements en difficulté suivent l'exécution de leur budget sans pouvoir toujours identifier les sources de sous-performance ou les activités les plus déficitaires. Au sein du budget MCO, l'absence d'éléments sur la contribution des pôles au résultat final est un obstacle majeur à la prise de conscience des réalités financières par les praticiens. A l'inverse, la diffusion des données médico-économiques par pôle, quand elle est mise en œuvre, permet d'impliquer les médecins dans la gestion (IMM, Lille, Nancy).

³⁷ La version 2006 de l'instruction M21 réglemente cette pratique en distinguant les « provisions réglementées » assimilables à des réserves et les provisions pour risques.

³⁸ L'article R 6145-12 interdit les transferts de charges entre le budget principal et les budgets annexes.

³⁹ La MEAH est intervenue dans le CH du Sud Francilien et dans le CH de Bar-le-Duc.

⁴⁰ *Mise en œuvre d'outils de comptabilité analytique dans les hôpitaux*, Rapport d'étape de juin 2007, MEAH.

➤ *Des outils de benchmarking en cours de développement*

L'information disponible sur la gestion des établissements a progressé ces dernières années, à travers la mise en place du système d'information sur l'hospitalisation (SNATIH), développé par l'ATIH, et du tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé. D'ores et déjà, les données mises en ligne sont considérables. Il s'agit des données du PMSI, des tableaux de bord financiers, des indices de productivité médico-économique, des données d'attractivité pour les établissements, des données de suivi de la campagne budgétaire pour les établissements antérieurement financés par dotation globale.

Le site SNATIH est accessible à tous les utilisateurs d'e-PMSI et PARHTAGE, donc en principe à tous les hôpitaux. L'ATIH a développé un outil qui permet d'interroger les différentes sources de données à partir de l'identification d'un établissement. Ce système permet de conduire des études comparatives donnant aux établissements les moyens d'apprécier leur performance. Il est utile également pour le suivi des hôpitaux par les ARH.

Pour l'utilisation de ces données, les établissements peuvent s'appuyer sur les indicateurs financiers et organisationnels produits par la MEAH et dans le cadre de l'élaboration du *Diagnostic flash*. Celui-ci rassemble des indicateurs de productivité, sur lesquels la mission s'est fondée pour apprécier la performance des établissements. Toutefois, certains éléments de la performance des établissements ne sont pas suffisamment pris en compte. Ainsi, la position concurrentielle de l'hôpital est saisie à partir du seul indicateur « part de marché de la chirurgie sur le bassin d'attraction ».

La DHOS a entrepris l'élaboration d'un tableau de bord de l'efficience pour les ARH, avec une trentaine d'indicateurs de performance médico-économique. Ce travail devrait déboucher sur l'élaboration d'un guide de l'analyse de l'efficience. En revanche, les discussions entre la DHOS, l'ATIH et l'Assurance maladie n'ont pas permis d'assurer des échanges informatisés de données, notamment l'intégration dans le SNATIH des données du SNIRAM⁴¹ sur la production de soins et le parcours des patients.

La mission a constaté qu'en dépit de ces progrès réalisés au niveau central, les directions d'établissement et les responsables de pôles se sont peu appropriés les outils de *benchmarking*. L'absence d'études menées par l'établissement sur la base de ces référentiels a rendu difficile la mise en place de mesures de redressement adaptées. En outre, l'hétérogénéité des systèmes d'information et des méthodes de retraitement des coûts rend difficile la comparaison de coûts par activité ou par séjour entre hôpitaux. Toutefois, les établissements contrôlés utilisent la base d'Angers, qui permet les comparaisons entre établissements pour le coût des activités logistiques et médico-techniques. Elle n'a pas été suffisamment exploitée pour fonder le diagnostic des contrats, à l'exception du cas des CHU, qui disposent d'outils perfectionnés de comparaison de leur performance.

⁴¹ Système national d'information inter régimes d'assurance maladie.

1.5.4. Un système déresponsabilisant et qui bloque les initiatives de redressement

Au total, les difficultés constatées par la mission relèvent de causes multiples impliquant l'ensemble des acteurs :

- **les directions d'établissement** sont souvent conscientes des problèmes de productivité de leurs structures. Elles justifient leur attitude prudente en matière de réorganisations en se référant à la fois au pouvoir de blocage des représentants du personnel et des médecins, à l'opposition de certains élus à toute restructuration, et au manque de soutien des ARH et de l'administration centrale. De fait, la capacité à redresser financièrement un établissement ne semble pas, à l'heure actuelle, prise en compte dans le déroulement de carrière des directeurs.
- **les présidents de conseil d'administration** donnent souvent la priorité au maintien des emplois à l'hôpital. Ils rapportent souvent les difficultés financières de leurs structures à un sous-financement plutôt qu'à un problème de productivité. Leur poids politique leur permet de s'opposer efficacement et pour de longues durées à des restructurations (fermeture de services) ou d'obtenir *in extremis* des subventions exceptionnelles du Ministère. Certains conseils d'administration refusent la notion même de « retour à l'équilibre financier ».
- **les personnels des établissements** souhaitent à juste titre préserver les missions et la place de l'hôpital public, mais considèrent souvent que les notions d'efficience ou de productivité n'ont pas leur place à l'hôpital.
- **les directeurs d'ARH** estiment ne pas bénéficier du soutien suffisant de la part de leur tutelle pour utiliser les pouvoirs très étendus dont ils disposent en théorie. Ils mettent en avant le poids politique des élus pour expliquer la position de retrait des ARH en matière de CREF ou de restructurations hospitalières.
- **l'administration centrale** transmet des injonctions contradictoires aux ARH et aux hôpitaux : nécessité de faire des économies *mais* créations de postes dans le cadre des plans de santé publique ; circulaires insistant sur l'importance des CREF *mais* interventions financières en fin d'exercice, à la demande des autorités politiques, interventions qui discréditent les actions d'économies initiées par les ARH ; création d'une procédure d'administration provisoire sans accepter de la mettre en œuvre dans des situations critiques.

A de rares exceptions près, les acteurs locaux semblent estimer que leurs déficits donneront lieu, tôt ou tard, à des aides exceptionnelles qui permettront de revenir à un équilibre apparent. Cela ne facilite pas l'engagement de mesures ambitieuses.

Partie 2 : une nouvelle politique contractuelle pour les établissements en difficulté

Le passage à 100 % de T2A sur le MCO dès 2008 (avec coefficients de transition) va accélérer les prises de conscience en poursuivant la révélation de la performance réelle des hôpitaux. Certains des hôpitaux contrôlés verront leur situation s'améliorer tout en restant déficitaires (Lille, Laval). Le passage à 100 % de T2A mettra également fin au financement partiel de l'activité MCO, qui n'incite pas les hôpitaux publics au développement d'activités nouvelles, financées seulement partiellement⁴².

Toutefois, dans le contexte décrit par la mission, le passage à 100 % de T2A présente également des risques pour les finances publiques. En effet, le passage à 100% de T2A va accroître les recettes des gagnants à la T2A tout en aggravant les difficultés financières des établissements perdants. Or, la mission a montré que les établissements perdants ne parviennent pas à améliorer leur productivité et continuent à bénéficier de subventions massives, les dispositifs de redressement ayant montré leur inefficacité. Le passage à 100% de T2A pourrait donc mettre nombre d'établissements dans une situation très délicate et mener globalement à une impasse financière à moins de prendre des mesures rapides de retour à l'équilibre des hôpitaux perdants.

Pour ces deux raisons, le passage à 100 % de T2A sur le MCO doit impérativement être accompagné par une politique plus exigeante de retour à l'équilibre des hôpitaux et par la mise en place d'outils plus efficaces à disposition des gestionnaires pour améliorer la performance des établissements.

Les échecs constatés par la mission dans la politique de CREF viennent moins d'une inadaptation de l'outil contractuel que d'un cadrage insuffisant : mauvaise articulation avec le CPOM, pas de sanction en cas de non réalisation du contrat, absence d'incitations fortes à tenir leurs engagements pour les équipes de direction et le personnel... Surtout, il est indispensable de permettre aux directions d'hôpital de mettre en œuvre un management efficace pour réussir le redressement de leurs établissements.

Les insuffisances de la politique actuelle de retour à l'équilibre ont de graves conséquences en particulier pour les établissements les plus fragiles :

- selon une exploitation de données partielles fournies par la DHOS, fin 2006, une cinquantaine d'établissements avaient un déficit supérieur à 1,5% de leurs recettes⁴³ ;
- selon les mêmes données, 37 établissements représentent à eux seuls 350 millions d'euros de déficit fin 2006, soit la moitié du déficit national ;
- la fin de l'exercice 2007 pourrait voir une dégradation de la situation financière des établissements si on se fie aux données sur les CHU ;
- en 2008, les perspectives sont préoccupantes car deux facteurs devraient se conjuguer :

⁴² La non extension du financement TAA aux services de soins de suite et de réadaptation est aussi apparue comme peu favorable au développement des SSR et donc à une réduction des durées de séjour dans les services MCO.

⁴³ Déficit retraité pour limiter les reports de charges des années antérieures à 1,5%.

1. une très faible progression des produits (faible progression des dépenses globales d'hospitalisation, réduction des tarifs),
2. maintien d'une dynamique de progression des charges de personnel (GVT).

Dans ce contexte, beaucoup d'établissements auront des difficultés à s'adapter et d'abord à mieux s'organiser pour accroître leur performance médico-économique.

C'est pourquoi la mission propose de renforcer la politique contractuelle en donnant d'abord la priorité aux établissements les plus en difficulté, sans négliger les autres établissements fragiles. Cette politique sera fondée sur des exigences accrues, des incitations supplémentaires et des outils de gestion mieux adaptés pour l'ensemble des acteurs.

Les cinq axes retenus sont les suivants :

- Donner aux CREF un statut juridique plus clair et mieux articulé avec les CPOM ;
- Donner plus d'ambition au contenu des CREF ;
- Renforcer les capacités de pilotage des agences et du ministère ;
- Renforcer les capacités de management des établissements en CREF ;
- Donner aux établissements les outils pour assurer leur redressement.

2.1. Renforcer le cadre juridique des CREF

2.1.1. Donner un statut législatif aux CREF et revoir en profondeur les CPOM

La mission portait sur les contrats de retour à l'équilibre et n'a pas pu, à ce titre, mener un diagnostic approfondi des CPOM. Elle estime toutefois que les CPOM actuels mobilisent l'ARH pour des résultats très limités et qui ne tiennent pas compte suffisamment de la diversité des établissements.

La dualité CREF/CPOM amène à négocier deux documents mal articulés et parfois contradictoires, ce qui affaiblit les CREF et ne facilite pas le redressement des hôpitaux. Ces difficultés tiennent aussi au statut juridique mal défini des CREF, à l'inverse des CPOM prévus par la loi. Créés par circulaire ministérielle, les CREF sont mal articulés avec des dispositifs de valeur législative : plan de redressement et saisine de la CRC (L. 6143-3), administration provisoire (L. 6143-3-1), CPOM (L. 6114).

La mission estime que la procédure de contrat est plus adaptée que celle de plan de redressement au retour à l'équilibre des hôpitaux. La technique du contrat, qui permet de dialoguer autour du partage d'un diagnostic, est bien appropriée au redressement des établissements et respecte le principe de l'autonomie administrative des établissements de santé. Cela suppose toutefois que les CREF soient mentionnés dans l'article L. 6143-3 et que leur articulation avec la saisine de la CRC et l'administration provisoire soit mieux définie.

La mission propose de mener une politique contractuelle différenciée :

- **un CPOM de droit commun très simplifié conclu avec chaque établissement.** Au vu du peu d'impact concret des OQOS fixés dans les contrats, il est nécessaire de s'interroger sur leur intérêt. De même, la recherche de l'amélioration continue de la qualité fait actuellement l'objet de procédures de certification spécifiques ; dès lors, elle n'a pas nécessairement à figurer de manière aussi détaillée dans les CPOM. Une mission pourrait être lancée afin d'expertiser la manière de simplifier les CPOM.

- **pour les établissements en déficit, un réexamen des plans ou des contrats de retour à l'équilibre passés à l'aune des préconisations de ce rapport** (cahier des charges sur le contenu des CREF en particulier) ; si cela est nécessaire, ce réexamen devra mener à la négociation d'un avenant au CPOM ;
- **pour les établissements en grave difficulté financière (selon des critères définis dans la suite du rapport), l'avenant au CPOM prendra la forme d'un CREF réformé qui aura un statut législatif.** Ce CREF se substituerait aux plans de redressement prévus par la loi.

L'article de loi proposé (voir annexe 3) devra remplacer la notion de plans de redressement par celle de contrats de retour à l'équilibre financier (avenants au CPOM). A partir du diagnostic exposé en première partie, la mission estime que les dispositions suivantes devraient figurer dans l'article L. 6143-3 :

- l'ARH déclencherà la procédure de CREF⁴⁴ en cas d'atteinte d'un seuil fixé par décret (voir recommandation n°3) ;
- l'ARH devra recourir à l'administration provisoire en cas de non signature du CREF par l'établissement ; l'agence devra alors fixer d'office les mesures du contrat (recommandations n° 4) ;
- toute aide directe supérieure à un seuil devra donner lieu à révision du CREF (recommandation n° 19).

La mise en œuvre de ces dispositions législatives se fera par un décret fixant :

- les critères sur lesquels se fonde le directeur de l'ARH pour déclencher un CREF en application de l'article L. 6143-3 (recommandation n°3) ;
- les étapes obligatoires dans la préparation du CREF (revue de l'activité, du plan d'investissement, des coopérations : recommandations n° 6 et 7) ;
- les signataires du CREF
- de nouveaux outils à disposition du DARH pour gérer la procédure de retour à l'équilibre : placement possible du directeur ou de praticiens en position de recherche d'affectation à certaines conditions (recommandations n° 13 pour les directeurs, pour les médecins).

Une circulaire sera chargée d'encadrer le contenu du contrat par la fixation d'un cahier des charges portant sur les mesures à intégrer au CREF :

- une évaluation de la situation financière future sans mesures de redressement ;
- les pistes d'économies à examiner systématiquement ;
- les mesures d'amélioration de la performance à travers une meilleure organisation des services ;
- l'examen des rapprochements entre établissements de santé ;
- la mise en place d'outils de gestion : systèmes d'information, cellules de contrôle de gestion, engagement de développement de la comptabilité analytique ;
- les indicateurs de suivi des contrats ;

⁴⁴ Dans la suite du rapport, la mission emploie le terme de CREF pour désigner les contrats de retour à l'équilibre financier adoptés par avenant au CPOM.

- des tableaux-types permettant de suivre le retour à l'équilibre, et comprenant au moins le chiffrage des économies, l'évolution de l'équilibre d'exploitation, de la CAF, de l'effet T2A et l'impact des investissements⁴⁵.

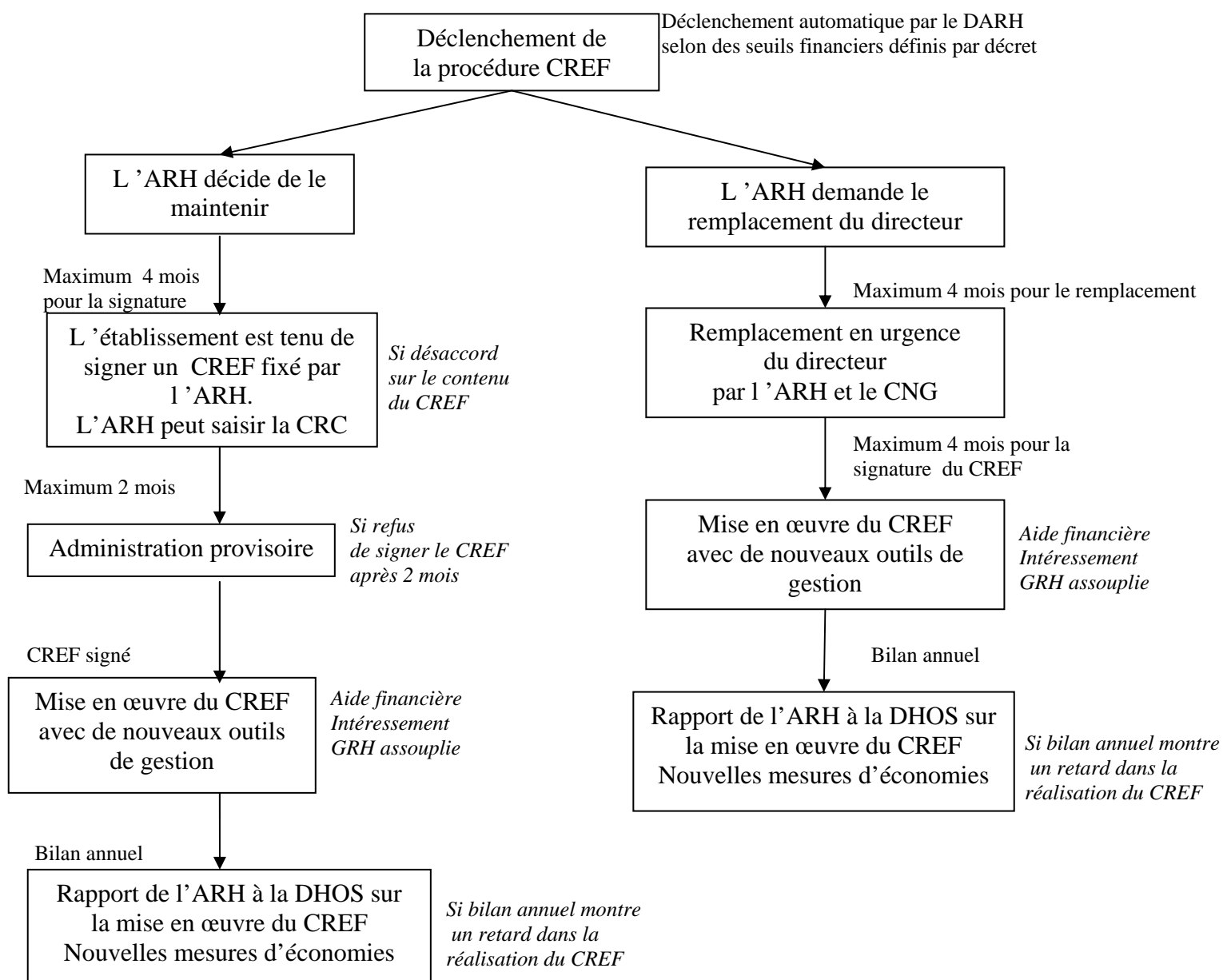
Recommandation n° 1 : lancer rapidement une mission d'évaluation sur les moyens de simplifier le contenu des CPOM de droit commun.

Recommandation n° 2 : modifier l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique pour généraliser la procédure de CREF (avenant au CPOM) en cas de difficultés financières d'un hôpital. Cadrer la procédure de contractualisation par voie réglementaire (décret) et généraliser un modèle de contrat par circulaire.

Le schéma en page suivante présente la procédure proposée par la mission, dont les principaux aspects seront détaillés dans la suite de la deuxième partie.

⁴⁵ La rédaction du contrat-type s'appuiera sur le guide méthodologique pour le diagnostic établi en Ile-de-France et sur le recueil par la MEAH et la MAINH de bonnes pratiques de redressement.

Présentation de la procédure proposée par la mission



2.1.2. Fixer des critères clairs de déclenchement des CREF de nouvelle génération

- *Le cadrage de la procédure CREF est aujourd'hui inexistant et la procédure de plans de redressement présente des failles importantes*

La procédure de plan de redressement est laissée à la discrétion de l'agence sans que soit fixé de critère clair de déclenchement. Seule la saisine de la CRC fait l'objet de la fixation d'un critère de déficit fixé par décret à 2,5 ou 3,5% des charges selon l'établissement⁴⁶.

Les dispositions actuelles sur les plans de redressement prévoient en effet la procédure suivante (voir annexe 2) :

- le directeur de l'ARH peut demander un plan de redressement au conseil d'administration de l'hôpital (pas d'automatisme, pas de seuil de déclenchement) ;
- à défaut de présentation par le conseil d'administration d'un plan de redressement « adapté », et si la situation financière de l'établissement répond à des critères financiers définis par décret, le DARH saisit la CRC (pas de délai pour la saisine de la CRC) ;
- la CRC dispose de deux mois pour se prononcer et le DARH peut alors mettre en demeure l'établissement d'adopter les mesures de redressement appropriées (pas d'automatisme ni de délai dans le déclenchement de la mise en demeure) ;
- si cette mise en demeure reste sans effet pendant plus de deux mois, le DARH peut nommer un administrateur provisoire (pas d'automatisme ni de délai). Il peut également nommer un administrateur provisoire lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation de l'établissement.

Cette procédure présente de nombreuses failles et introduit des délais dommageables dans le cas d'établissements en grave difficulté. La mission estime que le déclenchement de la procédure doit être automatique. L'article 6143-3 modifié devra prévoir la fixation d'un critère de déclenchement du CREF par décret.

Dans le cas des CREF proposés par la mission, il est donc nécessaire de fixer des indicateurs simples de déclenchement pour tout établissement dont la situation financière se dégrade de manière sérieuse, mais sans que cela ne rende la procédure de retour à l'équilibre trop peu sélective, au risque de disperser les moyens des agences.

- *La disposition prévue actuellement dans le PLFSS 2008 a un apport très limité par rapport à l'existant*

Le PLFSS dans sa version transmise à l'assemblée nationale comporte une disposition prévoyant de compléter l'article L. 6114-2 du Code de la santé publique. Cet article dispose actuellement que les CPOM précisent les engagements de l'établissement donnant lieu à financement MIGAC ; la disposition proposée préciserait que les CPOM doivent « notamment » mentionner les engagements de l'établissement en matière de retour à l'équilibre financier.

Cet article ne rend pas obligatoire la négociation d'un CREF en cas de difficultés financières d'un établissement. Le seul apport de cette disposition est de prévoir que,

⁴⁶ Décret n. 2007-47 du 10 janvier 2007.

lorsqu'un établissement prend des engagements de retour à l'équilibre, ils doivent être précisés dans le CPOM. La mission remarque que le décret du 2 novembre 2006 prévoyait déjà que les CPOM comprendraient en annexe la liste des accords signés avec l'ARH, y compris les CREF. Le PLFSS prévoit simplement d'annexer les CREF au CPOM.

- *La fixation de critères de déclenchement automatique permettra de cibler les établissements à traiter en priorité*

Le premier critère de déclenchement du CREF serait un déficit d'exploitation dépassant, pour la seconde année consécutive, un pourcentage donné des recettes⁴⁷. Le déficit d'exploitation paraît en effet plus approprié que le déficit de l'EPRD initial, qui ferait courir le risque de lancer une procédure d'accompagnement y compris pour des établissements pour lesquels le déficit de l'EPRD ne traduit pas de réelles difficultés⁴⁸. De même, il ne semble pas approprié de prendre comme critère le déficit cumulé, qui traduirait davantage une prise en compte de la gestion passée de l'établissement que ses problèmes structurels.

Un second critère relatif à l'efficience T2A doit être fixé. Cela permettra de distinguer les établissements en difficulté structurelle de ceux qui souffrent d'un sous-financement, amené à s'estomper avec le passage à 100 % de T2A pour les activités MCO. Les hôpitaux déficitaires qui retrouveraient l'équilibre à 100 % T2A ne doivent pas relever de la procédure CREF, mais d'aides financières ponctuelles visant à les soutenir jusqu'à la mise en œuvre à 100 % de la tarification à l'activité. La mission propose donc de limiter les CREF aux établissements dont le résultat à 100 % de T2A pour le MCO (sans coefficients correcteurs) présente un déficit supérieur à un seuil fixé par décret.

Ces deux critères pourraient être déterminés par voie réglementaire et adaptés pour permettre une sélectivité des contrats.

En annexe 4, la mission a examiné le pourcentage des charges qui pourrait être retenu comme critère de déclenchement des CREF en 2008. Ces travaux devraient être prolongés par les services du ministère.

Pour limiter le nombre d'établissements soumis à la procédure CREF, et pour créer une incitation au redressement de l'ensemble des établissements, la mission préconise de fixer un seuil dégressif en prévoyant de modifier le montant du seuil par décret :

- au démarrage (2008), le seuil de déficit serait fixé à un montant qui permette de sélectionner au maximum de cinquante à cent établissements au niveau national ;
- le critère serait ensuite revu à la baisse au fur et à mesure que la situation financière des établissements s'améliorera.

⁴⁷ Le seuil de déclenchement sera fixé par décret. Pour chaque établissement, l'estimation du déficit se fera à partir des données comptables transmises lors du suivi quadrimestriel de l'EPRD (fin du dernier trimestre de l'année). Les dotations AC non reconductibles seront soustraites du résultat d'exploitation. La mission préconise de retenir un pourcentage des charges plutôt qu'un pourcentage des recettes, en cohérence avec les critères retenus pour la saisine de la CRC.

⁴⁸ En effet, dans ce cas, l'ARH dispose du pouvoir de s'opposer formellement à un EPRD et de demander à l'établissement que soient prises des mesures de rééquilibrage des recettes et des dépenses prévisionnelles (Code de la santé publique article R6141-10/12).

- *Les établissements déficitaires mais qui n'atteignent pas le seuil devront faire l'objet d'un accompagnement renforcé*

La mission estime que le ciblage de la procédure CREF ne conduira pas à négliger les établissements fragiles qui ne dépassent pas le seuil de déficit, pour les raisons suivantes :

- la fixation d'un seuil amené à baisser à court terme aura nécessairement un effet dissuasif sur l'ensemble des établissements déficitaires ;
- les ARH seront invitées à s'inspirer des recommandations du présent rapport pour réexaminer tous les contrats qu'elles ont signés avec les établissements en déficit : examen du réalisme des prévisions de recettes, de l'ambition des mesures d'économies, du programme d'investissement, des coopérations possibles sur le territoire de santé, de l'utilisation des références MEAH, etc. Sans être tous concernés par la préparation d'un CREF de nouvelle génération, les établissements déficitaires devront donc tous tenir compte des orientations du présent rapport, le cas échéant par la signature d'un avenant au CPOM ;
- du reste, un avenant au CPOM devra être obligatoirement passé entre l'ARH et chaque établissement qui bénéficiera d'une aide à la contractualisation non reconductible (voir recommandation n° 19).

Les inconvénients éventuels liés à la mise en place d'un seuil paraissent donc très inférieurs aux inconvénients du maintien de la situation actuelle, dans laquelle une politique non ciblée et mal suivie a accompagné l'aggravation des déficits des hôpitaux. La mission estime que l'objectif de retour à l'équilibre de l'ensemble des hôpitaux en 2012⁴⁹ ne peut être réalisé qu'en concentrant d'abord des moyens sur un nombre limité d'établissements en 2008, avant d'élargir le nombre d'établissements concernés dès 2009.

Recommandation n° 3 : prévoir par voie réglementaire le déclenchement obligatoire de la préparation d'un CREF en cas de difficultés financières, appréciées à travers deux critères : l'apparition pour la seconde année consécutive d'un déficit d'exploitation supérieur à un pourcentage donné des recettes ; un déficit supérieur à un pourcentage donné des charges dans l'hypothèse d'une simulation à 100% T2A sans coefficient correcteurs pour le MCO. Pour les établissements déficitaires situés en-dessous du seuil, demander aux ARH de réexaminer les contrats déjà signés et, si nécessaire, de passer des avenants aux CPOM.

2.1.3. Garantir des délais efficaces pour la négociation des nouveaux CREF

Une fois la procédure de préparation du CREF déclenchée, des délais importants peuvent encore intervenir. Ces délais ont été constatés par la mission dans le cas des plans de redressement (Albi), des plans de retour à l'équilibre (Vittel) et des CREF. Ces délais de signature du contrat contribuent à maintenir l'hôpital dans l'incertitude alors même que les aides financières de l'ARH sont versées sans délai.

Pour que l'ensemble des acteurs impliqués s'engage de manière constructive dans la construction du contrat, la nouvelle procédure CREF devrait prévoir un délai maximum

⁴⁹ Objectif fixé par le Président de la République dans son discours du 16 octobre 2007.

de préparation du contrat. Si, aux termes d'un délai de quatre mois, l'agence et l'établissement ne parviennent pas à se mettre d'accord sur un projet de contrat, l'ARH aura deux mois pour finaliser un nouveau projet de contrat et le faire signer. Elle pourra s'appuyer pour cela sur la saisine de la CRC⁵⁰.

Si, au terme de ces six mois, le contrat n'est toujours pas signé, le directeur de l'ARH sera tenu de recourir à l'administration provisoire⁵¹.

L'art. L. 6143-3-1 devra donc être modifié en ce sens :

- l'obligation de nommer un administrateur provisoire en cas de refus de signer un CREF sera posée ;
- la possibilité, prévue aujourd'hui, de nomination d'un administrateur provisoire en cas d'échec à redresser la situation financière d'un établissement sera maintenue ; elle permettra au DARH de nommer, dans les cas les plus critiques, un administrateur provisoire avant même le délai de 6 mois.

Recommandation n° 4 : fixer un délai maximum de 4 mois à partir du déclenchement de la procédure pour la préparation du contrat. Au terme de ce délai, en l'absence de signature du contrat, l'ARH sera tenue de préparer un contrat et de mettre en demeure l'établissement de le signer dans les deux mois. En cas de refus persistant de signer un CREF dans ce délai de deux mois, le directeur de l'ARH devra nommer un administrateur provisoire.

2.2. Donner plus d'exigence au contenu des nouveaux contrats

L'encadrement des CREF sera réalisé par un décret, complété par une circulaire fixant un contrat type.

2.2.1. L'objectif de retour à l'équilibre doit être explicite dans le contrat

Les objectifs fixés dans les contrats ne doivent pas traduire l'acceptation tacite du maintien des déficits d'exploitation sur le moyen terme. Ce travers est fréquent dans les contrats étudiés par la mission. Dans un tiers des établissements contrôlés, l'objectif de retour à l'équilibre financier n'est même pas mentionné en toutes lettres dans le CREF.

Le retour à l'équilibre d'exploitation doit être la priorité et doit donner lieu à un accompagnement financier de l'agence. Par ailleurs, les éventuels problèmes de trésorerie et d'endettement liés à l'accumulation de déficits antérieurs pourront faire l'objet de dotations non pérennes dans le cadre du contrat.

Les CREF de nouvelle génération prévoiront le retour à l'équilibre d'exploitation à échéance de trois ans au maximum⁵². Cet objectif d'équilibre doit être fixé comme clause d'« ordre public » dans le texte réglementaire portant sur les CREF. Le contrat devra

⁵⁰ En cas de remplacement du directeur (recommandation n. 12), ce délai de 6 mois s'ajoutera à celui de quatre mois fixé pour le recrutement du nouveau directeur.

⁵¹ Le conseil d'administration peut être dessaisi en cas d'administration provisoire, mais ce n'est pas obligatoire.

⁵² Cette durée maximale peut sembler ambitieuse au vu de l'ampleur des déficits de certains établissements contrôlés ; toutefois, l'échéance de trois ans signifie que certains établissements pourront rester en déficit d'exploitation cinq années consécutives, ce qui est une durée importante.

comporter un échéancier du retour à l'équilibre d'exploitation qui fera clairement apparaître la part du retour à l'équilibre due aux efforts de l'établissement hors aides exceptionnelles de l'ARH. L'objectif de déficit nul à l'échéance devra s'entendre hors aides exceptionnelles.

Outre l'objectif d'équilibre, les contrats doivent également comporter un objectif de capacité d'autofinancement. La fixation de cet objectif devra prendre en compte des critères permettant d'estimer la santé financière et la capacité à investir de l'hôpital. Il devra être adapté en fonction du cycle d'investissement de l'hôpital en CREF sur la base d'une expertise impliquant notamment la MEAH et la MAINH. L'insertion dans les contrats de clauses relatives à l'évolution de l'endettement peut également être envisagée.

Recommandation n°5 : fixer par décret des clauses d' « ordre public » à faire figurer dans les CREF : obligation de retour à l'équilibre d'exploitation des établissements en trois ans, objectif de capacité d'autofinancement, modulé selon les établissements.

2.2.2. Le CREF doit comporter des actions d'amélioration de la performance médico-économique et de recomposition de l'offre de soins

La mission a constaté que les contrats ne comportent pas toujours des mesures d'amélioration de la performance médico-économique. Trop souvent, ils laissent de côté les questions d'organisation des services de soins, et notamment de l'organisation du travail des praticiens hospitaliers. Beaucoup de CREF renvoient ces mesures aux CPOM, mais les CPOM eux-mêmes sont décevants en la matière.

La mission considère que l'amélioration de la santé économique des établissements passe en premier lieu par la maîtrise des dépenses, liée notamment à l'amélioration de la qualité (éviter des actes inutiles, des délais de prises en charge) et l'augmentation de la productivité.

La revue d'activité doit :

- analyser la performance médico-économique à l'aide d'indicateurs tels que ceux développés dans l'outil *Diagnostic flash* et dans les travaux de la MEAH ;
- permettre de fixer dans le contrat des indicateurs de performance (durée moyenne de séjour, développement de la chirurgie ambulatoire, taux d'utilisation des salles, productivité des personnels, etc.), construits à partir des répertoires d'indicateurs de la MEAH.

A court terme, la revue d'activité doit conduire à des décisions rapides permettant d'éliminer les problèmes de sous-performance, de limiter les recrutements à ce qui est vraiment nécessaire pour les développements d'activité et d'engager des actions fortes de redressement de la productivité (notamment gestion des blocs opératoires, hospitalisation de semaine). Ces décisions doivent s'appuyer sur une analyse rigoureuse de la rotation prévisionnelle des effectifs (notamment départs en retraite) afin de dégager rapidement les marges de manœuvre financière nécessaires au redressement. Les objectifs du CREF devront être déclinés dans les contrats de pôles.

A moyen terme, les hôpitaux en difficulté doivent mieux s'intégrer dans l'offre de soins du territoire. En effet, les contrats sont actuellement rendus peu crédibles par l'absence d'articulation avec les problèmes d'offre de soins dans le territoire de santé. La mission

considère que le retour à l'équilibre financier d'un établissement ne peut pas être conçu sans une analyse de l'offre de soins dans l'hôpital, qui s'intègre dans une analyse exhaustive de l'offre hospitalière du territoire de santé régionale. L'agence et l'établissement doivent donc procéder à une revue complète et partagée de l'activité. Ce diagnostic doit pouvoir s'appuyer, le cas échéant, sur l'appui d'un conseiller général des établissements de santé ou sur un audit externe.

L'ARH devrait systématiquement assurer la cohérence entre les dispositions des différents CREF d'un même territoire de santé. Dans des cas contrôlés par la mission (Albi/Gaillac, Nancy/Pont à Mousson, Lavaur/Toulouse), plusieurs CREF ont été signés avec deux ou trois établissements en difficulté financière appartenant au même territoire de santé. Pourtant, dans les CREF en question, la nécessité d'un rapprochement volontariste entre les hôpitaux n'est pas toujours abordée. Les décisions concernant les CREF d'un même territoire de santé devraient être davantage mises en cohérence avec le SROS et les projets médicaux de territoire. Cela suppose parfois de donner un caractère plus opérationnel à ces documents.

Pour une part importante des hôpitaux publics de taille moyenne contrôlés par la mission, l'évolution rapide vers des structures intercommunales (CHI) ou vers les Groupements de coopération sanitaire (GCS) semble la meilleure solution. Cela leur permettrait d'atteindre une taille critique en matière d'activité et de personnel. L'évolution vers des structures intercommunales est particulièrement urgente dans le cas d'établissements de taille moyenne en difficulté financière. Le rapport de 2006 sur la démographie médicale hospitalière a proposé la mise en place, sous une forme expérimentale, d'établissements de santé territoriaux qui auraient vocation à être juridiquement érigés en établissements intercommunaux⁵³.

La mise en place des GCS devrait être facilitée si les dispositions du PLFSS 2008 relatives à ces groupements sont adoptées. En cas de création par l'ARH d'un GCS de territoire, les établissements publics devront y adhérer. Ces GCS pourront gérer notamment les ressources humaines au niveau du territoire. Ces structures représentent un progrès mais elles conservent la pluralité des personnes morales, des conseils d'administrations et des structures de dialogue interne. Dès lors, cette solution ne résout pas tous les problèmes de coordination entre hôpitaux d'un même territoire.

La mission estime donc que le décret sur les CREF de nouvelle génération devrait poser comme principe, dans le cas où une restructuration est nécessaire, l'intégration de l'hôpital dans une structure de type CHI pour un établissement public et groupement de coopération sanitaire pour un établissement PSPH. La mise en place juridique du CHI pourra intervenir après l'échéance du contrat. Le directeur de l'ARH pourrait, par une décision motivée, estimer que ces solutions ne s'appliquent pas dans le cas d'espèce (exemple : CHU, grand hôpital...). Il devrait alors inclure dans le CREF des solutions alternatives (coopérations).

Pour que l'exception ne devienne pas la règle, les ARH devront bénéficier d'un soutien clair de la part du ministère en cas de décision de création d'un CH de territoire. Dans ce cas, les autres hôpitaux concernés par la création du CHI devront participer à la négociation préalable au CREF. La restructuration fera l'objet d'un accompagnement financier grâce à l'enveloppe de restructuration de l'ARH.

⁵³ Rapport sur la démographie médicale par le Professeur Berland, septembre 2006.

Recommandation n° 6 : conditionner par circulaire la signature du CREF à une revue complète de l'activité de l'hôpital et à une analyse de l'offre de soins sur le territoire :

- à court terme, des mesures de redressement de la productivité devront être prises rapidement et déclinées dans les contrats de pôles ;
- à moyen terme, les CREF devront fixer les modalités d'intégration de l'hôpital dans un CH de territoire (CHI, dans le cas d'un hôpital public), qui pourra être créé après la fin du contrat, ou dans un GCS de territoire (dans le cas d'un hôpital PSPH), sauf décision contraire motivée du DARH.

2.2.3. Inclure dans les CREF un réexamen des programmes d'investissement

Il est nécessaire d'avoir une approche spécifique des projets d'investissement déposés par les établissements en difficulté pour vérifier la bonne articulation entre le contrat de retour à l'équilibre et le projet d'investissement. En particulier, l'impact du financement de l'investissement sur l'exploitation doit faire l'objet d'une évaluation systématique. Cela n'avait pas été fait dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Comme le suggérait le rapport d'audit de modernisation sur le pilotage des dépenses de santé par les ARH, la MEAH et la MAINH pourraient travailler à la définition d'une méthode facilitant l'analyse des projets d'investissement par les ARH. Cette méthode serait définie dans le prolongement du mode de présentation des dossiers mise en place pour la sélection des projets Hôpital 2012. La vigilance des ARH devra être particulièrement forte dans l'étude des projets de partenariat public/privé : l'expérience britannique a montré les risques particuliers créés par cette procédure.

Recommandation n° 7 : en cas de négociation d'un CREF, l'agence doit procéder avec l'établissement à une revue de tous les projets d'investissement et s'assurer de la cohérence entre le plan de financement de l'investissement et l'échéancier de retour à l'équilibre fixé dans le CREF. Dans ce but, le contrat explicitera la mise en œuvre des programmes d'investissements.

2.3. Renforcer le pilotage de la politique contractuelle

2.3.1. Fixer des objectifs plus clairs aux ARH en matière de CREF

Les contrats Ministère/ARH contiennent des objectifs relatifs aux modalités de suivi de la mise en œuvre des contrats de retour à l'équilibre par le DHOS (remontée par l'agence d'une note de conjoncture quadrimestrielle). Certains contrats contiennent un objectif de taux de signature de CREF par rapport aux établissements déficitaires, mais pas d'objectif de réduction des déficits, ce qui comporte des effets pervers (incitation à signer des contrats peu ambitieux et peu réalistes). Ces contrats pourraient être revus pour intégrer des objectifs chiffrés en matière de réduction du déficit global des établissements en CREF et d'évolution de leur efficacité T2A.

De même, les lettres de mission des directeurs d'ARH pourraient être modifiées pour faire figurer les procédures de retour à l'équilibre de la région concernée comme une des priorités majeures du directeur de l'agence. La rémunération du directeur devrait

dépendre de la réalisation d'indicateurs sur l'évolution des déficits dans la région dont il a la charge et le redressement des capacités d'autofinancement.

Les bonnes pratiques identifiées au niveau local en matière de procédures de redressement ne font pas l'objet d'échanges suffisants entre ARH. La capitalisation des bonnes pratiques menée par la MEAH (exemple : opération « benchmarking bloc » menée par la MEAH en 2007) devrait être développée pour les axes essentiels du redressement financier : développement de la chirurgie ambulatoire, organisation du temps médical, fonctions logistiques, outils de gestion des pôles.

Recommandation n° 8 : inclure dans tous les contrats Ministère / ARH des objectifs chiffrés de réduction des déficits des établissements de la région. Fixer de nouvelles modalités d'évaluation des directeurs d'ARH afin de faire figurer l'équilibre financier comme une des priorités majeures du directeur d'agence (part variable qui dépendrait de l'atteinte d'objectifs financiers).

2.3.2. Renforcer les moyens d'intervention des ARH

La capacité d'action des ARH comme des DRASS est limitée en matière de ressources humaines (manque de compétences spécialisées) et de systèmes d'information. Dès lors, beaucoup de contrats de retour à l'équilibre reflètent exclusivement la réflexion interne à l'établissement.

Des agences renforcées pourront vraiment jouer leur rôle de tutelle et négocier des CREF ambitieux. Ce renforcement passe d'abord par la mise en place d'un lien hiérarchique clair entre l'ARH et les personnels des CRAM et DDASS/DRASS qui travaillent sur le secteur des hôpitaux, et des moyens financiers supplémentaires pour commander une mission d'appui en cas de nécessité pour un établissement. Il serait utile de faire procéder à des diagnostics approfondis, préalables aux contrats, réalisés par des consultants privés ou par des CGES.

Dans cette perspective, la MEAH doit être placée clairement en prestataire de service pour les ARH. Dans la préparation du diagnostic et des mesures de retour à l'équilibre, les indicateurs issus des travaux de la MEAH (sur l'imagerie, les blocs...) doivent être systématiquement exploités. En outre, les agences pourraient avoir un « droit de tirage » sur les interventions de la MEAH en cas de difficultés financières d'un établissement. La MEAH a développé un projet d'appui aux établissements (projet Equipage), qui vise au recrutement de consultants internes formés par la MEAH et financés pour moitié par la MEAH. L'ARH pourrait assurer la part de financement MEAH des consultants internes dans le cas d'établissements en CREF.

La création des agences régionales de santé (ARS), si elle est mise en œuvre rapidement, renforcera les agences dans le sens souhaité par la mission.

Recommandation n° 9 : renforcer les équipes des ARH (et celles intervenant dans le domaine hospitalier dans les futures ARS) :

- avec des compétences de haut niveau dans les domaines financier, du contrôle de gestion et de la performance médico-économique.
- avec une autorité du DARH sur les personnels des CRAM et DDASS/DRASS qui travaillent sur le secteur des hôpitaux.
- avec un budget destiné à commander des missions à des consultants externes pour préparer ou mettre en œuvre un CREF. Ces missions devront mettre en œuvre des méthodes définies par la MEAH et la MAINH, et inclure le cas échéant un recrutement par l'établissement de consultants internes financé pour partie par l'ARH.
- avec la possibilité pour l'ARH de recourir à un audit de la MEAH en cas de CREF⁵⁴. Le nombre d'audits que chaque agence aura le droit de demander sera limité en fonction des caractéristiques de la région. L'ARH devra assurer une part du financement des missions.

2.3.3. Assurer un suivi exigeant de la mise en œuvre du CREF

La mise en œuvre du CREF devra donner lieu à une revue annuelle. Ce bilan sera réalisé de manière contradictoire entre l'établissement et l'agence, sur la base d'indicateurs précis fixés dans le CREF : indicateurs financiers, de performance médico-économique, d'activité. En fonction du rythme de réalisation du CREF, des avenants pourront être passés à l'issue du bilan annuel.

Le bilan annuel du CREF donnera lieu à un rapport de l'ARH envoyé à la DHOS.

Si le rythme de réalisation du contrat n'est manifestement pas respecté, ou a fortiori si la situation financière de l'établissement se dégrade, l'agence doit être amenée à réagir. La non réalisation du CREF pourrait être estimée à partir de quelques critères simples : maintien du déficit d'exploitation au-dessus du seuil de déclenchement du CREF, maintien d'un déficit à 100% T2A supérieur à un seuil, etc. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un contrat peuvent dès lors obliger à prendre des mesures plus profondes de réorganisation, qui peuvent impliquer un changement de direction.

De même, un bilan annuel devra être réalisé entre la DHOS et chaque ARH sur l'évolution des résultats financiers des établissements de chaque région, sur la base de contrats Ministère / ARH améliorés (voir recommandation n° 8).

Recommandation n° 10 : les CREF doivent donner lieu à un bilan annuel contradictoire réalisé par l'établissement et l'ARH. A l'issue de ce bilan, le DARH doit envoyer à la DHOS un bilan de l'état de réalisation du contrat.

⁵⁴ Sur le fondement de l'expérience de la MEAH en la matière (exemple centre hospitalier de Calais).

2.4. Renforcer les capacités de management des établissements

2.4.1. Développer les incitations à la recherche de la performance pour tous les chefs d'établissement

La prévention des difficultés des établissements suppose que l'équilibre financier soit considéré comme la priorité par l'ensemble des gestionnaires d'hôpitaux. La mission estime que l'accumulation des déficits constatée dans certains hôpitaux contrôlés aurait pu être moindre si l'évaluation et la progression de carrière des directeurs étaient influencées par l'évolution de la situation financière de l'établissement qu'ils dirigent. Cela n'est pas le cas actuellement, que ce soit dans les CHU ou dans les petits hôpitaux.

Le DARH (la DHOS pour les CHR/CHU) évalue les directeurs sur la base d'une lettre de mission. Les objectifs contenus dans la lettre de mission restent souvent très généraux. Ainsi, pour les chefs d'établissement, la modulation de la part variable de leur prime de fonction dépend à 40% des « résultats obtenus dans le pilotage de l'établissement », à 50% des résultats « dans la pratique managériale » et à 10% de l'implication dans la « mise en œuvre des politiques publiques »⁵⁵. Ce dispositif peu précis a pourtant une incidence directe sur le montant de la part variable de la prime de fonction attribuée aux directeurs.

La tâche des DARH serait facilitée par une directive nationale très explicite indiquant que, dans les lettres de mission des directeurs d'établissements, l'évolution de la situation financière de leur établissement doit être l'un des critères d'évaluation principaux⁵⁶. Cette directive devrait être portée à la connaissance des acteurs de l'établissement (Conseil d'administration, conseil exécutif, CME, CTE et organisations syndicales).

Recommandation n° 11 : intégrer des critères relatifs à l'évolution de la situation financière des établissements et des objectifs chiffrés dans l'évaluation des directeurs d'établissements.

2.4.2. Impliquer davantage les conseils d'administration dans le redressement

Les délais peuvent être liés à des désaccords entre l'agence et l'établissement ou à des tensions entre la direction de l'établissement et le conseil d'administration. Ces désaccords peuvent être favorisés par l'absence de sanction crédible en cas de retards dans les procédures de redressement.

La mission propose donc d'impliquer davantage les conseils d'administration dans la validation des CREF. Les contrats sont actuellement cosignés par le directeur de l'ARH et le directeur de l'hôpital. Le président du conseil d'administration pèse également dans la négociation, sans pour autant s'engager explicitement par la signature du document final. Dans la mise en œuvre du contrat, le fait que le président n'ait pas signé le CREF ne facilite pas la légitimité du directeur à mettre en œuvre des mesures parfois douloureuses. Une plus grande cohésion entre le président du CA et la direction de l'hôpital dans les phases de redressement est donc indispensable.

⁵⁵ Circulaire DHOS du 13 août 2007 relative à l'évaluation et à la prime de fonction des personnels de direction.

⁵⁶ La situation financière devrait être appréhendée par quelques indicateurs simples portant sur l'endettement, l'équilibre d'exploitation, la CAF ou le fonds de roulement.

Actuellement, les conseils d'administration délibèrent sur le CREF sans que cela ne soit prévu par un texte. Toutefois, les nouvelles attributions confiées au conseil d'administration par l'ordonnance de 2 mai 2005 font explicitement référence au plan de redressement (art. L.6143-3). La mission propose donc que le conseil d'administration adopte le CREF et que son président soit encouragé à signer le contrat aux côtés du directeur de l'ARH et du chef d'établissement.

Recommandation n° 12 : faire adopter les CREF par le conseil d'administration et, si possible, les faire cosigner par le président du conseil d'administration.

2.4.3. Garantir un management efficace des établissements en CREF

- *Garantir la présence d'une direction stable sur toute la durée du CREF*

Le rôle de l'équipe de direction est important dans le redressement d'un établissement. Dans plusieurs des cas étudiés par la mission, le redressement est confié à des équipes de direction qui sont en place depuis une longue période et dont la stabilité n'est pas assurée sur la période du CREF.

Dès le déclenchement du CREF, le directeur de l'ARH devrait donc évaluer à la fois la capacité du directeur à porter des mesures de redressement ambitieuses et sa volonté de rester dans l'établissement au moins pour la durée du contrat (trois ans). Si ces deux conditions ne sont pas réunies, le DARH devrait pouvoir demander une phase de remplacement accéléré du directeur en lien avec le CNG.

La création du CNG pourrait être exploitée pour permettre l'adéquation entre les postes de directeurs dans des établissements fragiles et les personnes qui ont l'expérience nécessaire pour mener à bien une opération de redressement. La demande de placement du directeur de l'établissement concerné auprès du centre national de gestion serait prioritaire si le DARH en exprime le souhait⁵⁷.

Le recrutement du successeur serait co-piloté par le DARH et le CNG dans un délai de quatre mois. Les procédures de travail du CNG devront être adaptées à ces contraintes de délai. Si ce délai n'est pas tenu, le DARH pourrait gérer le recrutement du nouveau directeur, en accord avec le conseil d'administration, dans le cadre d'une procédure de recrutement en contrat de droit public. Ceci supposerait une modification législative. C'est pourquoi, dans un premier temps, cette possibilité laissée au DARH serait limitée au vivier constitué par le corps des directeurs d'hôpital.

Pour l'équipe de direction, il n'est pas proposé de procédure de remplacement en dehors du chef d'établissement. La mission considère toutefois que l'action du CNG devra avoir pour priorité le renforcement en compétences des équipes de direction des établissements en difficulté financière.

⁵⁷ La position de recherche d'affectation pour les directeurs a été introduite par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005.

Recommandation n° 13 : en cas de déclenchement d'une phase de préparation d'un CREF, le DARH pourra demander le remplacement du directeur s'il l'estime nécessaire. Le recrutement du nouveau directeur sera co-piloté par le DARH et le CNG et devra intervenir au plus tard dans une période de quatre mois. Si ce délai n'est pas tenu, le DARH pourra gérer le recrutement du nouveau directeur, en accord avec le conseil d'administration, dans le cadre d'une procédure de recrutement en contrat de droit public.

- *Mettre en place un contrat de mission pour tous les directeurs des établissements en CREF*

Il est nécessaire de clarifier les engagements réciproques de la tutelle et du chef de l'établissement sous CREF. Aujourd'hui, les directeurs d'établissements publics de santé, nommés dans des emplois fonctionnels, sont destinataires d'une lettre de mission qui leur fixe des objectifs souvent très généraux quant à la conduite de l'établissement qu'ils sont appelés à diriger. Cette lettre de mission est signée par la DHOS concernant les DG de CHR/U, par les DARH pour ce qui concerne les autres centres hospitaliers non régionaux non universitaires.

Dans le but de placer le redressement financier au cœur des préoccupations du chef d'établissement, la lettre de mission, dans un établissement sous CREF, serait transformée en "contrat de mission".

Ce contrat, signé après l'adoption du CREF, présenterait les caractéristiques suivantes:

- dans les CHR/U, il serait co-signé par la DHOS, le CNG, le DARH et le directeur général ;
- dans les centres hospitaliers non régionaux non universitaires, il serait co-signé par le CNG, le DARH et le directeur ;
- il rappellerait explicitement les objectifs de retour à l'équilibre financier du CREF ;
- il prendrait acte du versement d'une prime spécifique (voir recommandation n°15) ;
- il prévoirait que par le chef d'établissement bénéficie d'une formation d'accompagnement à la prise de poste (exemple : cycle supérieur de management) ;
- il acterait l'engagement du directeur à rester sur une période longue tout en spécifiant que le bilan annuel du CREF pourrait amener la tutelle, en cas d'échec dans la mise en œuvre, à recruter un nouveau directeur ;
- dans le contrat, le CNG prendrait des engagements sur la suite du parcours de carrière en fonction de l'atteinte des objectifs fixés au directeur ; cette clause devrait prévoir deux cas : départ anticipé de l'intéressé et évolution de carrière à l'échéance du contrat ;
- il serait porté à la connaissance du conseil d'administration, de la CME et du CTE.

Recommandation n° 14 : associer la signature d'un CREF à la signature d'un contrat de mission entre l'ARH et le chef d'établissement. Ce contrat fixera les engagements de la tutelle sur le déroulement de carrière du directeur à l'issue du contrat. Le contrat prévoira la possibilité de remplacer le directeur en cas d'échec du CREF.

- *Créer des incitations supplémentaires pour les équipes de directions des établissements en difficulté*

Le turnover des équipes de direction d'hôpitaux en difficulté peut accroître la fragilité de ces établissements. Attacher une prime à des établissements en réelle difficulté financière présente l'intérêt de favoriser la stabilité des équipes de direction dans des périodes de redressement. L'intéressement devra également être favorisé pour l'ensemble du personnel.

Le régime indemnitaire des directeurs d'hôpitaux est fixé par le décret n° 2005-932 du 2 août 2005 qui prévoit quatre types de primes :

- une prime de fonction (constituée d'une part fixe et d'une part variable);
- une prime spécifique de sujétions ;
- une indemnité de direction commune ;
- une indemnité d'intérim.

Le décret dispose que « les personnels de direction nommés dans les établissements dont la situation est jugée particulièrement difficile ou à des postes de direction dont la vacance est anormalement longue peuvent percevoir la prime spécifique de sujétions ». Cette prime forfaitaire est attribuée, dans le premier cas, après décision du ministre chargé de la santé et, dans le second cas, après décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les personnels de direction s'engagent à exercer leurs fonctions dans l'établissement concerné pendant cinq années⁵⁸.

L'arrêté du 30 juillet 2007 a fixé la liste des établissements publics de santé concernés par cette disposition. La liste de 55 établissements mêle des hôpitaux en grave situation financière à des hôpitaux où le climat social est difficile. La mission estime nécessaire d'objectiver ces critères. Il est également nécessaire de revoir le montant de la prime, actuellement peu incitatif (10 000 euros sur cinq ans).

Les critères d'attribution de la prime de sujétion devront être objectivés par arrêté. La mission propose d'attribuer la prime aux personnels de direction de tout établissement ayant signé un CREF. La prime devrait être augmentée pour rendre attractifs les postes dans un établissement difficile. Le montant de la prime doit faire l'objet d'une expertise. Elle devrait être modulée suivant le type d'établissement et le niveau de responsabilité du directeur. L'ARH aura la responsabilité de la fixation du niveau de la prime dans la limite d'un plafond fixé par décret ; le financement serait assuré par l'ARH.

La mission estime que l'attractivité des établissements en CREF doit être liée davantage à la part variable de la prime de fonction qu'à la prime de sujétion. En effet, la part variable de la prime de fonction permet de lier la rémunération aux résultats obtenus davantage qu'à la situation financière de l'établissement. Le montant de la part variable de la prime de fonction devrait être revu dans les cas d'établissements sous CREF. Elle serait attribuée par l'ARH en fonction de l'atteinte des objectifs du contrat et du redressement réel de la situation financière de l'établissement.

⁵⁸ En cas de départ anticipé de leur fait, ils doivent rembourser la prime perçue à due proportion de la durée restant à accomplir.

Recommandation n° 15 : réviser les critères d'attribution de la prime pour gestion d'établissements difficiles afin de faire mieux apparaître le critère financier. Une prime de sujétion serait attribuée sur des critères plus objectifs aux directeurs la part variable de la prime de fonction serait augmentée.

2.5. Mettre les établissements en situation de réussir

La procédure de CREF proposée est beaucoup plus contraignante pour les gestionnaires des établissements car elle ne permet plus de reporter dans le temps le redressement financier. Toutefois, cette procédure encadrée ne garantit pas le retour à l'équilibre si les établissements ne disposent pas d'outils supplémentaires pour améliorer rapidement leur situation financière.

2.5.1. Donner aux établissements en CREF des outils spécifiques de GRH

➤ *Réformer les modes de recrutement des médecins et faciliter leur reconversion*

Une part des difficultés des CH à remédier à une situation de crise financière tient à un manque de capacité à restructurer les emplois. Ce problème s'explique en partie par le contexte politique local souvent sensible et la volonté de préserver la paix sociale interne aux établissements. Toutefois, l'explication de l'immobilisme réside aussi pour une part importante dans un système statutaire de gestion des praticiens hospitaliers inadapté en dépit des progrès récents décrits en première partie : décision locale de recrutement sauf divergence, publication des postes deux fois par an, établissement de fiches de postes (encore souvent trop peu précises). Il est nécessaire de poursuivre l'allègement des procédures pour améliorer la réactivité des établissements. En outre, le recrutement des contractuels n'est pas possible actuellement pour les PH.

La mission préconise la mise en place d'une nouvelle procédure pour les établissements en CREF :

- publication des postes en continu (et non plus deux fois par an), ouverte à tous les praticiens, PH ou non, fondée sur une fiche de poste traduisant les orientations de développement d'activité du projet médical et du CREF ;
- recrutement sur contrat des PH titulaires par le chef d'établissement après avis de la CME, avec la possibilité de détacher sur ce type de contrat, et avec leur accord, les praticiens déjà employés par l'hôpital ; le recrutement donnerait lieu à déclaration à l'ARH.
- la rémunération des praticiens ainsi recrutés devrait prendre en compte directement, et pour une large part, le niveau d'activité individuel (sous préalable de critères de qualité de soins)⁵⁹.

Même si cette question dépasse le champ de ce rapport, la mission estime que cet assouplissement des recrutements devrait être mis en œuvre, à terme, pour l'ensemble des centres hospitaliers. Le recrutement sur contrat et la rémunération à la performance sont les seuls moyens de permettre au secteur public d'être compétitif par rapport au secteur privé. Les avancées récentes sur la part complémentaire variable de rémunération, mise en place en

⁵⁹ Pour certains membres de la mission, la part de la rémunération déterminée par l'activité individuelle pourrait aller jusqu'à 100% (rémunération à l'acte). Il n'existe pas de consensus à ce sujet au sein de la mission.

2007, s'avèrent insuffisantes car elles sont limitées aux chirurgiens alors que leur application devrait être beaucoup plus large (anesthésistes, urgentistes, etc.).

En outre, il est nécessaire de faciliter la reconversion des praticiens dans les hôpitaux concernés par un CREF. Actuellement, seul le directeur du CNG peut placer un praticien en recherche d'affectation d'office. Le décret sur les CREF pourrait spécifier qu'en cas de difficulté financière durable de l'établissement justifiant la mise en œuvre d'une procédure de CREF, le directeur de l'établissement et le directeur de l'ARH disposeraient du pouvoir de prendre une décision conjointe de placement de praticiens en position de recherche d'affectation (article R6152-50-1 du Code de la santé publique). Le CNG devra prendre en charge une part du financement des postes transférés, par exemple à hauteur de 10%. Les parts respectives de l'ARH et de l'établissement dans les 90% restants seraient déterminées dans le CREF. Cette possibilité serait encadrée au niveau national par un plafond de masse salariale fixé pour chaque région.

Recommandation n° 16 : assouplir la gestion des ressources humaines médicales en cas de CREF :

- **développement du recrutement par l'établissement (publication améliorée des postes, contractualisation, rémunération fondée pour partie sur l'activité)**
- **amélioration des possibilités de reconversion des médecins en permettant au directeur de l'ARH et au directeur de l'établissement en CREF de placer, par une décision commune, des praticiens hospitaliers en recherche d'affectation auprès du CNG (sous un plafond financier).**

➤ *Mutualiser au niveau de la région ou du territoire de santé la gestion de la fonction publique hospitalière*

Les établissements contrôlés disposent de possibilités inégales pour exploiter la rotation des effectifs et adapter ainsi les structures de l'établissement à son activité. En Ile-de-France, dans les CHU et les grands établissements, l'importance du turnover crée la possibilité de faire évoluer la structure des emplois des personnels, au moins pour les effectifs paramédicaux, administratifs ou médico-techniques. Dans des petits hôpitaux, en particulier du Sud de la France, la faiblesse de la rotation des effectifs, notamment dans les secteurs administratifs et médico-techniques, constitue un handicap. L'utilisation du FMESPP pour les restructurations n'est pas efficace car l'utilisation de ce fonds est trop centralisée. En outre, ce fonds est dispersé entre des objectifs multiples qui excèdent le domaine des reconversions

Les restructurations des emplois doivent être encouragées par les ARH et les personnels accompagnés dans leur reconversion. Cela suppose le développement d'outils de gestion prévisionnelle des emplois au niveau de l'établissement pour pouvoir faire apparaître les besoins futurs en compétences. Cela suppose également un accompagnement individualisé.

Deux modalités complémentaires sont envisageables :

- utiliser les dispositions du PLFSS 2008 : constitution de GCS de territoire, qui permettraient de mutualiser les fonctions de gestion de ressources humaines au niveau du territoire de santé. Avec les nouvelles dispositions, il sera possible d'affecter les personnels et de les faire rémunérer au niveau du GCS. Les personnels seront mis à disposition des établissements membres du GCS ;

- mettre en place au niveau régional un GCS qui ferait fonction de cellule de reconversion. Il devrait être constitué sous la forme d'un GCS associant tous les établissements hospitaliers publics (et privés sur la base du volontariat).

Ce second type de GCS assurerait, aux côtés des établissements, l'accompagnement des personnels :

- réalisation de bilans de compétences, accompagnement des agents et mise en place d'une bourse des emplois au sein de la région ;
- maintien en activité sur le site avec reconversion professionnelle et affectation dans un nouvel emploi : la cellule prendrait en charge le tutorat ou la formation de remise à niveau nécessaire à ce changement ;
- mutation dans un autre établissement du territoire : prise en charge des frais de déménagement et d'installation.

Cette structure devrait coopérer avec les EHPAD. A partir des besoins exprimés dans le cadre des PRIAC⁶⁰, il serait possible de repérer les offres d'emplois susceptibles d'intéresser les personnels en reconversion. Un modèle de protocole de mobilité serait élaboré sur la base duquel serait conduit le dialogue social interne.

L'ARH signerait un contrat d'objectifs et de moyens avec le GCS. La cellule de reconversion serait financée pour partie par les établissements de la région et pour partie par l'ARH. Du point de vue de la mission, cette évolution préparerait la création de centres régionaux de gestion de la Fonction publique hospitalière sur le modèle de la fonction publique territoriale.

Recommandation n° 17 : mettre en place deux structures de gestion des personnels :

- des GCS de territoire de santé qui pourront gérer le personnel ;
- dans chaque région, un GCS qui assurerait la reconversion des personnels. Financer la cellule de reconversion par une enveloppe financière rénovée (voir recommandation n° 19).

L'ARH et la direction d'un établissement préparant un CREF devraient être incitées à mener un dialogue avec les représentants du personnel sur la gestion des ressources humaines. Ces discussions porteraient sur l'ensemble du volet « ressources humaines » du projet de CREF. Elles devraient aboutir à la conclusion d'un accord. La signature de cet accord conditionnerait la mise en œuvre d'un régime d'intéressement pour le personnel qui permettrait le partage des gains de productivité réalisés⁶¹. La recherche de cet accord devrait intervenir dans la période de 4 mois précédant la signature du CREF.

⁶⁰ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

⁶¹ Dans les établissements de santé, la loi n° 94-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pose le principe de l'intéressement dans les établissements publics de santé et prévoit que, sans qu'il soit besoin de décrets d'application, les modalités d'une politique d'intéressement sont mises en œuvre par les assemblées délibérantes après consultation des organes représentatifs des personnels médicaux et hospitaliers (articles L6143-1, L6144-1).

La mise en place d'un intéressement pourra être pour partie financée par l'ARH. Cette enveloppe, fixée au moment du CREF, aura trois avantages :

1. susciter un dialogue interne sur le contrat ;
2. associer le personnel à la réussite du contrat ;
3. ne pas limiter l'intéressement aux équipes de direction, ce qui comporterait des effets délétères pour le climat social de ces établissements.

Recommandation n°18 : encourager la signature d'un accord avec le personnel sur des mesures de retour à l'équilibre intégrées dans le CREF en donnant au DARH la possibilité de fixer une enveloppe financière dont l'hôpital disposera pour créer un mécanisme d'intéressement du personnel au redressement financier du CH.

2.5.2. Fonder la nouvelle politique de CREF sur des enveloppes financières renouvelées

Le cadre de financement des politiques de retour à l'équilibre est mal adapté :

- le financement des CREF a fait l'objet d'une aide exceptionnelle en 2004 mais au cours des années suivantes, les aides destinées aux établissements en difficulté n'ont pas été spécifiquement identifiées ;
- au final, plusieurs enveloppes sont utilisées pour soutenir les établissements en difficulté : FMESPP, enveloppe d'aide à la contractualisation ;
- ces deux enveloppes sont utilisées pour de multiples objectifs, et ne sont pas spécifiquement destinées aux aides au redressement des hôpitaux en difficulté ; de ce fait, le montant global qui est consacré à ces établissements n'est pas connu ;
- les décisions de financement sont centralisées, en particulier dans le cadre du FMESPP ;
- le niveau ministériel octroie des aides exceptionnelles (« enveloppe Cabinet ») dans des conditions peu transparentes, aides qui contribuent à décrédibiliser les ARH aux yeux des établissements ;
- le financement des procédures de retour à l'équilibre n'est pas bien articulé avec le financement de l'investissement des hôpitaux dans les équipements et les systèmes d'information (Hôpital 2007).

Le financement des restructurations exigera une augmentation des crédits consacrés à cette politique. En effet, le redressement des établissements passe par des actions ambitieuses de reconversion de personnels et par un investissement dans les systèmes d'information et dans les projets immobiliers porteurs d'efficience.

L'estimation des financements supplémentaires qui seront nécessaires est difficile. En effet, il est impossible aujourd'hui d'identifier précisément les moyens engagés pour aider les établissements en difficulté. En outre, l'échantillon d'établissements contrôlé par la mission est trop restreint pour estimer avec précision le besoin de financement global au niveau national. La seule prise en charge des actions à destination des ressources humaines nécessitera une augmentation des crédits notamment par rapport aux financements actuels du FMESPP - volet ressources humaines⁶².

⁶² Le chiffrage du coût de cette mesure dépend étroitement du nombre d'établissements en CREF. Dans une conception extensive du nombre d'établissements en CREF (qui n'est pas l'orientation de la mission), on peut faire les hypothèses maximales suivantes : placement au CNG de 1 000 médecins, coût moyen de 100 000 euros,

La mission considère que le financement supplémentaire consacré aux actions de redressement pourra se faire en grande partie par redéploiement :

- concentration des crédits FMESPP sur les établissements en difficulté ;
- baisse des délégations AC issues de l'enveloppe Cabinet.

Outre le montant, les modalités de financement doivent également être revues.

A moyen terme, la mission estime qu'il est nécessaire de mettre fin à la dualité entre le fonds de modernisation des établissements de santé et l'enveloppe d'aide à la contractualisation. Toutefois, ce scénario est rendu difficile par les différences de mode de financement entre le FMESPP et l'enveloppe AC.

Dans l'immédiat, la priorité est de clarifier les objectifs du FMESPP et de régionaliser son utilisation. L'objectif du fonds sera l'accompagnement des restructurations : financement des mesures de redressement des CREF, des mesures de restructuration de l'ensemble des établissements et des investissements générateurs d'efficacité (Hôpital 2012). Le montant national du FMESPP sera fixé par la loi de financement de la sécurité sociale et les crédits répartis entre les ARH par arrêté en début d'année. Les crédits de chaque fonds régional seront engagés par le DARH.

D'autre part, il est nécessaire d'identifier, au niveau national, la partie des enveloppes d'aide à la contractualisation (AC) qui doit être utilisée pour l'accompagnement des CREF. L'arrêté de répartition des MIGAC identifiera la partie des enveloppes AC consacrée à l'accompagnement du retour à l'équilibre des établissements en difficulté.

En cours d'année, la possibilité de déléguer des crédits AC supplémentaires pour les établissements en difficulté doit être mieux encadrée :

- l'arrêté qui prévoit que la fixation des dotations régionales est prise sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation doit désormais être respecté par la DHOS et par le Cabinet ;
- la contractualisation doit être obligatoire dans les cas d'établissements bénéficiant d'aides exceptionnelles. Un avenant au CPOM devra être pris pour les établissements qui bénéficient d'aides exceptionnelles. Pour les établissements en CREF, l'aide exceptionnelle donnera lieu à un avenant fixant de nouveaux engagements de la part de l'établissement.

Recommandation n° 19

1. Clarifier le financement au niveau national :

- **identifier précisément les crédits engagés au niveau national pour le soutien aux établissements en CREF ;**
- **accroître le financement global des mesures de retour à l'équilibre (notamment pour la reconversion des personnels) par redéploiement des enveloppes FMESPP et AC ;**

pris en charge à 70% par l'ARH (soit 70 M€) ; reconversion de 20 000 agents non médicaux, coût de l'accompagnement 10 000 euros, pris en charge à 70% par l'ARH (soit 140 M€). Le coût global serait donc de 210 millions d'euros.

- encadrer l'enveloppe cabinet en respectant les compétences du Conseil de l'hospitalisation et en liant toute aide supplémentaire à un hôpital en cours d'année à une contractualisation (avenant au CPOM).
- 2. Clarifier le financement au niveau régional :**
- donner aux ARH la responsabilité de gestion du FMESPP recentré sur les objectifs de restructuration des établissements et de reconversion des personnels ;
 - donner aux ARH une enveloppe limitative d'aide à la contractualisation destinée au financement des établissements en difficulté.
- 3. Engager une réflexion sur l'unification des financements des politiques de restructuration (réforme de l'enveloppe AC et du FMESPP), en vue de la création d'un Fonds unifié.**

2.5.3. Promouvoir un environnement favorable à la performance de l'ensemble des établissements

➤ *Faciliter la comparaison des performances entre établissements*

Les actions de redressement ne peuvent réussir sans un diagnostic approfondi du niveau atteint par l'établissement en matière de performance médico-économique, fondé sur la comparaison avec les performances atteintes par les autres établissements. Les progrès de l'information médico-économique décrits en première partie font l'objet d'une appropriation insuffisante par les établissements.

La richesse des informations disponibles contraste avec la faiblesse de leur utilisation par les établissements contrôlés, à l'exception des CHU. L'appropriation par les gestionnaires d'hôpitaux des méthodes de *benchmarking* se heurte à plusieurs obstacles :

- la communication autour du site SNATIH n'a pas encore été faite auprès des établissements de santé ; dès lors, de nombreux gestionnaires rencontrés par la mission ne sont pas conscients de la richesse des informations disponibles sur le site ;
- l'actualisation des données est longue. Les données SAE (statistique annuelle des établissements) sont transmises à l'ATIH par la DREES en novembre de l'année n+1 ;
- certaines informations, notamment celles relatives aux comptes des établissements publics, ne sont accessibles qu'aux seuls établissements concernés, en raison de l'opposition de la direction générale de la comptabilité publique à la diffusion de ces données. On note que les comptes des établissements privés font l'objet d'une communication via l'exploitation des greffes des tribunaux de commerce ou des publications de la Banque de France.

Le contrat d'objectifs et de moyens 2007-2010 entre le ministère de la Santé, le ministère du Budget et l'ATIH, en cours de finalisation, prévoit une amélioration des outils d'aide à la décision produits par cette agence. Le contrat prévoit notamment la réduction des délais de mise à disposition des données et l'harmonisation des méthodes de comptabilité analytique dans le cadre d'études de coûts communes au secteur public et au secteur privé. Toutefois, la mise en œuvre d'une partie importante de ces objectifs est suspendue à des apports de moyens supplémentaires (prévus par le contrat d'objectifs et de moyens).

Recommandation n° 20 : améliorer l'accès des établissements à l'information médico-économique :

- **Développer sans délai la communication sur l'existence du site du SNATIH ; développer les formations à l'utilisation des données qu'il contient⁶³, en lien avec les formations dispensées dans les domaines de l'analyse financière et du contrôle de gestion ; intégrer une formation sur le benchmarking et sur l'utilisation du SNATIH dans la formation de directeur d'établissement (formation initiale et continue dispensée par l'école nationale de la santé publique) ;**
- **Construire un système d'information financier consolidé facilement accessible ; la première étape est de rendre accessibles les informations sur les comptes des établissements et de faciliter l'accès aux données de la comptabilité publique ;**
- **Achever l'élaboration et la diffusion du tableau de bord de l'efficience des ARH et du référentiel de Diagnostic Flash ;**
- **Enrichir le SNATIH par les données sociales figurant dans le tableau de bord social réalisé par la DHOS (exemple : taux d'absentéisme) et par les données du tableau de bord efficience et d'indicateurs MEAH. Les données Diagnostic Flash manquantes doivent être intégrées au SNATIH. L'intégration de données du SNIRAM doit également être recherchée.**
- **Ces actions devront faire l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens avec l'ATIH avant la mi-2008.**

➤ *Rendre le cadre tarifaire plus transparent*

Les évolutions de tarifs des GHS obéissent à des logiques mal comprises par les gestionnaires et les praticiens :

- les établissements s'interrogent sur le caractère représentatif de l'échantillon de l'étude nationale des coûts (ENC), constitué sur la base du volontariat ;
- les données sur les coûts issues de l'ENC font l'objet de retraitements par l'ATIH (notamment pour faire correspondre les données de l'échantillon au case-mix national issu du PMSI). Les établissements ne comprennent pas les modalités de ces retraitements ni surtout le passage des tarifs calculés dans l'ENC aux tarifs T2A.

Une représentativité parfaite de l'ENC n'est pas possible. Toutefois, elle peut être améliorée notamment pour les GHM rares. En effet, pour ces GHM sur lesquels peu d'établissements interviennent (exemple : greffes), la fiabilité de l'ENC dépend étroitement de la proportion d'établissements adhérents. Des travaux sont en cours pour estimer l'intervalle de confiance (marge d'erreur) et ils doivent être activement poursuivis.

Une plus grande transparence sur les tarifs est nécessaire. Les « coûts modèle T2A », qui sont les coûts de production issus de l'ENC et servent de base à la fixation des tarifs par GHS, devraient être rendus publics. Tout changement de tarifs devrait être accompagné d'une motivation obligatoire faisant apparaître les différents facteurs d'évolution (hausse de la productivité, objectifs de santé publique, plans d'économie...).

⁶³ Notamment vidéo-formation.

La mission préconise que la DHOS développe la communication sur les conditions de tarification à travers un rapport présenté chaque année à l'Observatoire économique des établissements de santé. L'OESS, créé par la loi du 21 décembre 2006, est composé à parité de représentants de l'Etat, des fédérations hospitalières et de l'assurance maladie. Son rôle est de valider les données sur les dépenses et leur évolution, afin de clarifier les bases d'une éventuelle décision de baisse de tarifs pour contrebalancer une augmentation des volumes d'activité supérieure aux hypothèses figurant dans la LFSS. La compétence de l'Observatoire n'est donc pas directement centrée sur l'appréciation de l'impact de la politique tarifaire sur l'équilibre économique des hôpitaux. Toutefois, l'OESS ne pourra probablement pas être cantonné à des discussions sur le volume d'activité alors qu'il a été créé pour permettre une concertation dans le cadre de la politique de régulation prix/volumes. En particulier, les représentants des fédérations seront sans doute amenés à discuter de l'adéquation des tarifs aux coûts de production des GHS par les établissements.

Le rapport présenté par la DHOS à l'Observatoire rendrait publique l'échelle de coûts résultant de l'ENC, après retraitement. En effet, la comparaison des coûts ENC et des tarifs donne une image d'arbitraire dans la détermination des tarifs.

Recommandation n° 21 :

- encourager l'adhésion des établissements à l'ENC et publier les coûts issus de l'ENC ;
- poser une obligation de motivation de tout changement de tarifs ;
- établir et diffuser un document établi annuellement par la DHOS rassemblant les modalités de fixation de tarifs, leurs modifications et les motivations de celles-ci. Ce document sera discuté par l'Observatoire économique des établissements de santé.

Au vu des contestations auxquelles les financements MIGAC/MERRI donnent lieu, la clarification de l'attribution de ces enveloppes est également nécessaire. Les travaux sur les MERRI semblent avoir permis des clarifications bienvenues qui se sont traduites par une modification de la répartition de ces enveloppes entre établissements. Concernant les missions d'intérêt général, il est souhaitable à terme de disposer d'une enquête de type ENC sur le coût des MIG.

Recommandation n° 22 :

- poursuivre la clarification et la standardisation des financements des missions d'intérêt général ;
- étudier la mise en place d'une ENC pour les prestations MIG.

➤ *Mettre en place progressivement la certification comptable*

La mission a relevé les insuffisances de la comptabilité générale d'une partie importante des hôpitaux contrôlés, malgré les progrès liés à la mise en place de l'EPRD. Ces insuffisances peuvent avoir des incidences financières : charges indues d'un EHPAD supportées par l'hôpital, excédent ou déficit factices en raison d'une politique de provisions ou de dotations aux amortissements mal encadrée. La comptabilité générale des établissements de santé doit progresser notamment sur la fiabilité des écritures de fin d'exercice et l'enregistrement des provisions. De ce point de vue, la mission a constaté la supériorité du dispositif comptable qui s'applique aux établissements privés PSPH.

La loi du 10 août 2007 sur les universités dispose que les comptes des universités doivent désormais être certifiés par un commissaire aux comptes (article 18). A moyen terme, cette évolution paraît inévitable pour les hôpitaux. Elle aurait pour avantage de garantir une meilleure information des conseils d'administration et des directions d'établissement mais aussi des autorités de tutelle sur les évolutions financières susceptibles de dégrader l'équilibre des établissements. L'expérience britannique a montré l'importance de l'action des auditeurs (internes et externes) pour l'identification des difficultés financières.

Il semble toutefois qu'un travail d'amélioration des référentiels de comptabilité hospitalière soit un préalable à la mise en place d'une certification des comptes. La DHOS pourrait mettre en place un groupe de travail associant la direction générale de la comptabilité publique et les chambres régionales des comptes, avec l'appui d'un consultant privé, pour améliorer les référentiels comptables et préparer ainsi la certification des comptes. Un objectif de certification des comptes des hôpitaux à échéance de trois ans pourrait être fixé (exercice 2011). Dès 2008, la DHOS devrait parallèlement lancer une expérimentation de certification contractuelle par des commissaires aux comptes dans une dizaine d'établissements. L'échantillon devrait intégrer certains des établissements en CREF.

Recommandation n° 23 : lancer un appel d'offre pour la certification contractuelle des comptes d'une dizaine d'établissements publics de santé. Préparer une généralisation de la certification en 2011 en améliorant les référentiels comptables.

➤ *Généraliser les méthodes de comptabilité analytique*

Les missions d'appui au développement de la comptabilité analytique par la MEAH donnent des résultats encourageants. Toutefois, ces missions ne concernent que 50 établissements par an depuis 2006. Selon le bilan établi par la MEAH, 90% des établissements en question prévoient de produire rapidement un compte de résultat par pôle ou service, et 70% un TCCM par pôle.

La mission a toutefois constaté que la mise en place de la comptabilité analytique est encore très limitée, ce qui est particulièrement dommageable pour les établissements en difficulté qui doivent préparer un CREF. La DHOS devrait fixer un objectif de généralisation rapide du compte de résultat par pôle et du TCCM, identifiés comme les plus stratégiques par la MEAH. En particulier, le TCCM est relativement simple à construire et permet d'identifier rapidement les domaines de surcoût.

La priorité à court terme est la production d'un référentiel national de comptabilité analytique. Rien ne garantit actuellement que les référentiels de la MEAH soient cohérents avec ceux développés dans le cadre de l'ENC. Les premiers concernent la comptabilité analytique par pôle ; les seconds, harmonisés avec le retraitement comptable des établissements (répartition MCO / SSR / autres activités), visent à obtenir un coût par GHM. Il est donc nécessaire de travailler sur des référentiels communs de comptabilité analytique qui fixeraient les règles d'imputation des coûts.

Comme cela a déjà été évoqué, le développement de la comptabilité analytique est particulièrement nécessaire pour les établissements en difficulté. Les CREF pourraient prévoir un engagement de l'hôpital à mettre en place, sur la durée du contrat, des outils de connaissance des coûts au niveau des pôles.

Recommandation n° 24 : développer les outils de comptabilité analytique

- à partir de 2009, généraliser à tous les établissements les comptes de résultat et TCCM par pôle, sur la base des travaux actuels de la MEAH ; demander aux ARH d'intégrer ces objectifs dans les CREF ;
- construire en 2008 un référentiel de normes pour l'imputation des coûts, commun à l'ENC et à la MEAH ; sur cette base, généraliser à moyen terme la production de coûts par GHM.

Thierry BRETON

Christophe LANNELONGUE

Hervé LÉOST

Dominique ACKER

Bernard BONNICI

Patrick BROUDIC

Marc BUISSON

Catherine DARDÉ

Gérard DUMONT

Daniel MARIE

Vincent MARSALA

Patrick MORDELET

Liste des annexes

Annexe 1 : Synthèse des recommandations	65
Annexe 2 : Tableau de présentation de la nouvelle procédure de CREF	68
Annexe 3 : Synthèse des dispositions législatives et réglementaires proposées	71
Annexe 4 : Fixation du seuil et mise en œuvre de la nouvelle procédure CREF	74
Annexe 5 : Note sur le traitement des établissements déficitaires en Angleterre	78
Annexe 6 : Situation financière des établissements contrôlés en 2006	89
Annexe 7 : Progression récente des effectifs des établissements contrôlés en CREF	91
Annexe 8 : Equilibre financier des contrats de retour à l'équilibre	93
Annexe 9 : Liste des personnes rencontrées au niveau national	95
Annexe 10 : Liste des rapports de site définitifs	98
Annexe 11 : liste des sigles utilisés	101

Annexe 1 : synthèse des recommandations

Synthèse des recommandations

Recommandations	Actions et directions et services concernés	Echéance
<i>Renforcer le cadre juridique</i>		
1) Lancer rapidement une mission d'évaluation de la procédure de contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).	Décision Ministre ; DHOS, IGAS	2008
2) Mettre en place par voie législative une nouvelle procédure de contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par avenant aux CPOM et réexaminer l'ensemble des contrats passés avec des établissements en déficit.	Amendement législatif ; DHOS, DSS	2007 1 ^{er} semestre 2008
3) Prévoir par voie réglementaire les conditions de déclenchement de la préparation d'un CREF.	Décret sur les CREF ; DHOS DSS	1 ^{er} semestre 2008
4) Garantir un délai efficace pour la négociation.	Loi et décret CREF ; DHOS et DSS	1 ^{er} semestre 2008
<i>Donner plus d'exigence au contenu des contrats</i>		
5) Fixer par décret des clauses d'ordre public à faire figurer dans les CREF : obligation de retour à l'équilibre courant en trois ans et atteinte d'un objectif de capacité d'autofinancement.	Décret sur les CREF ; DHOS DSS	1 ^{er} semestre 2008
6 & 7) Etablir par circulaire un « contrat type » sous forme d'un cahier des charges pour la préparation des contrats.	Circulaire DHOS DSS	1 ^{er} semestre 2008
<i>Renforcer le pilotage de la politique contractuelle</i>		
8) Inclure dans tous les contrats Ministère/ARH et dans les systèmes d'évaluation individuelle des directeurs des objectifs de retour à l'équilibre financier des établissements de la région.	Avenants aux contrats DHOS ARH ; DHOS	2008
9) Renforcer les équipes des ARH et la possibilité de recourir à l'expertise externe (CGES, MEAH et consultants externes).		
10) Mieux suivre la mise en œuvre des contrats par bilan annuel.	Décisions DHOS & ARH	2 ^{ème} semestre 2008
<i>Renforcer les capacités de management des établissements en CREF</i>		
11) Pour l'ensemble des établissements, intégrer davantage la prise en compte de la situation financière dans l'évaluation des directeurs.	Circulaire DHOS DHOS/CNG	2008
12) Faire adopter les CREF par le conseil d'administration et, si possible, le faire cosigner par le président du conseil d'administration.	CREF ; DHOS ARH	2008
13) En cas de déclenchement d'une phase de préparation d'un CREF, donner au DARH la possibilité de demander le recrutement d'un directeur dans des délais contraints.	Décret sur les CREF ; DHOS DSS	1 ^{er} semestre 2008
14) Faire bénéficier tous les chefs des établissements en CREF d'un contrat de mission fixant notamment les conditions de prise en compte des résultats atteints dans le déroulement de carrière.	Décision ministre ; circulaire ; DHOS CNG	1 ^{er} semestre 2008
15) Mettre en place un cadre de rémunération adaptée pour les membres des équipes de direction des établissements en CREF.	Décret sur les CREF ; DHOS CNG	1 ^{er} semestre 2008
<i>Mettre les établissements en situation de réussir</i>		
16) Développer les responsabilités des établissements en matière gestion des ressources humaines médicales dans les établissements en CREF.	Décret sur les CREF	1 ^{er} semestre 2008
17) Faciliter le développement d'une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences à travers la mise en place de groupements de coopération sanitaire (GCS) de territoire et d'un GCS au niveau régional.	Dispositions législatives PLFSS 2008 décision des ARH ; DHOS DSS ARH	2008
18) Mettre en place un dispositif d'intéressement du personnel au redressement financier des établissements en CREF.	Dispositions législatives DHOS, DSS	2008
19) Renforcer l'accompagnement financier des restructurations.	Décret sur les CREF ; circulaire budgétaire 2008	2008
20) Améliorer l'accès des établissements à l'information médico-	Avenant au COM ATIH ;	2008

économique à travers le renforcement du SNATIH.	DHOS DSS DGCP	
21 & 22) Développer les actions de communication de la DHOS et de l'ATIH sur les conditions de construction des tarifs ; poursuivre la clarification et la standardisation des financements des missions d'intérêt général.	Décision DHOS et avenant au COM ATIH ; DHOS ATIH ; mission T2A	2008
23) Mettre en place progressivement la certification comptable.	DHOS DSS ; DHOS DSS DGCP	2008 à 2011
24) Développer les outils de comptabilité analytique.	Décision DHOS DSS ; DHOS MEAH DSS DGCP	2008-2009 2010

Annexe 2 : tableau de présentation de la nouvelle procédure de CREF

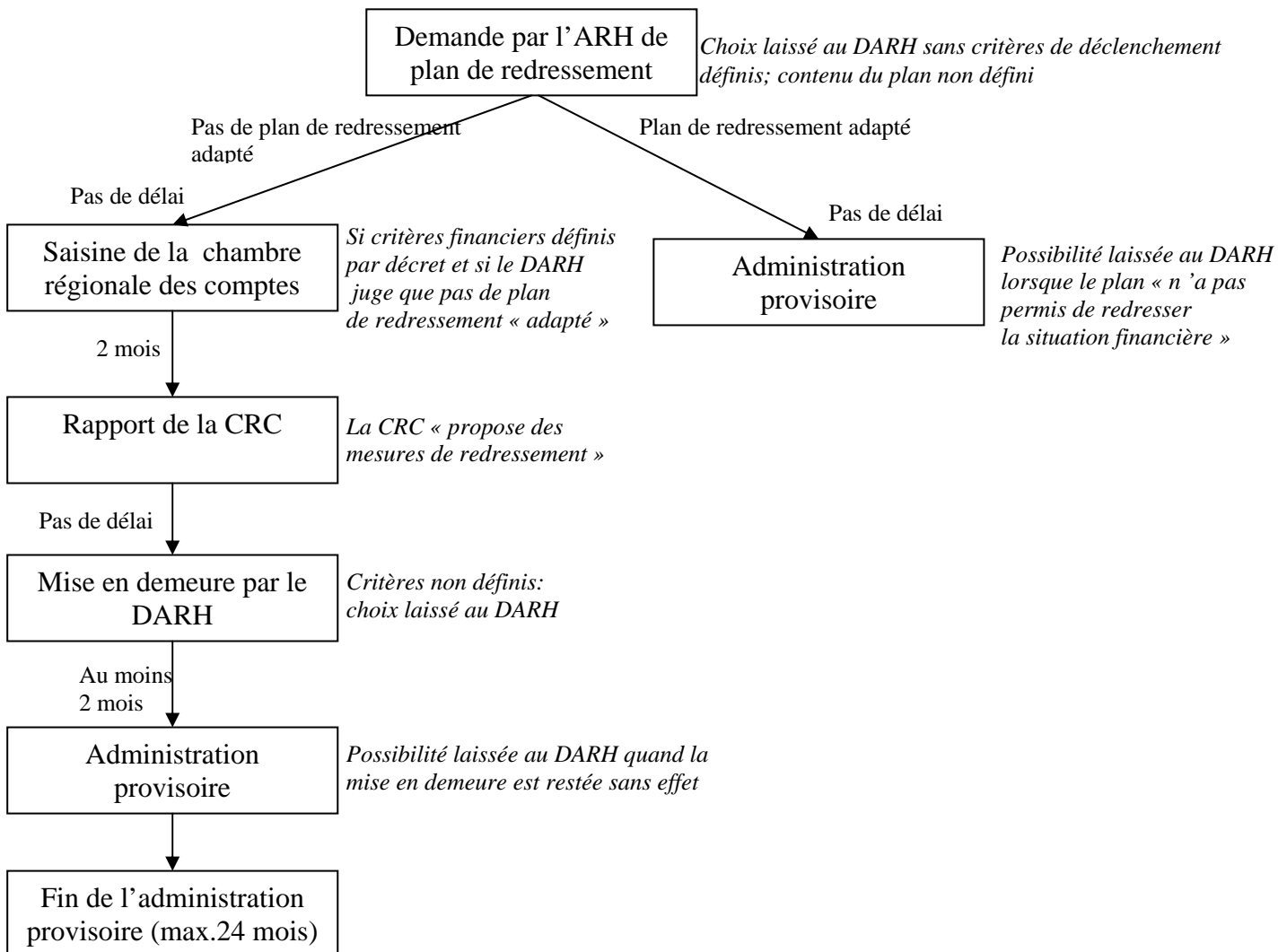
Tableau de présentation de la nouvelle procédure proposée

Cette annexe compare les deux dispositifs qui existent actuellement pour les établissements en difficulté (CREF et plans de redressement) au dispositif proposé par la mission.

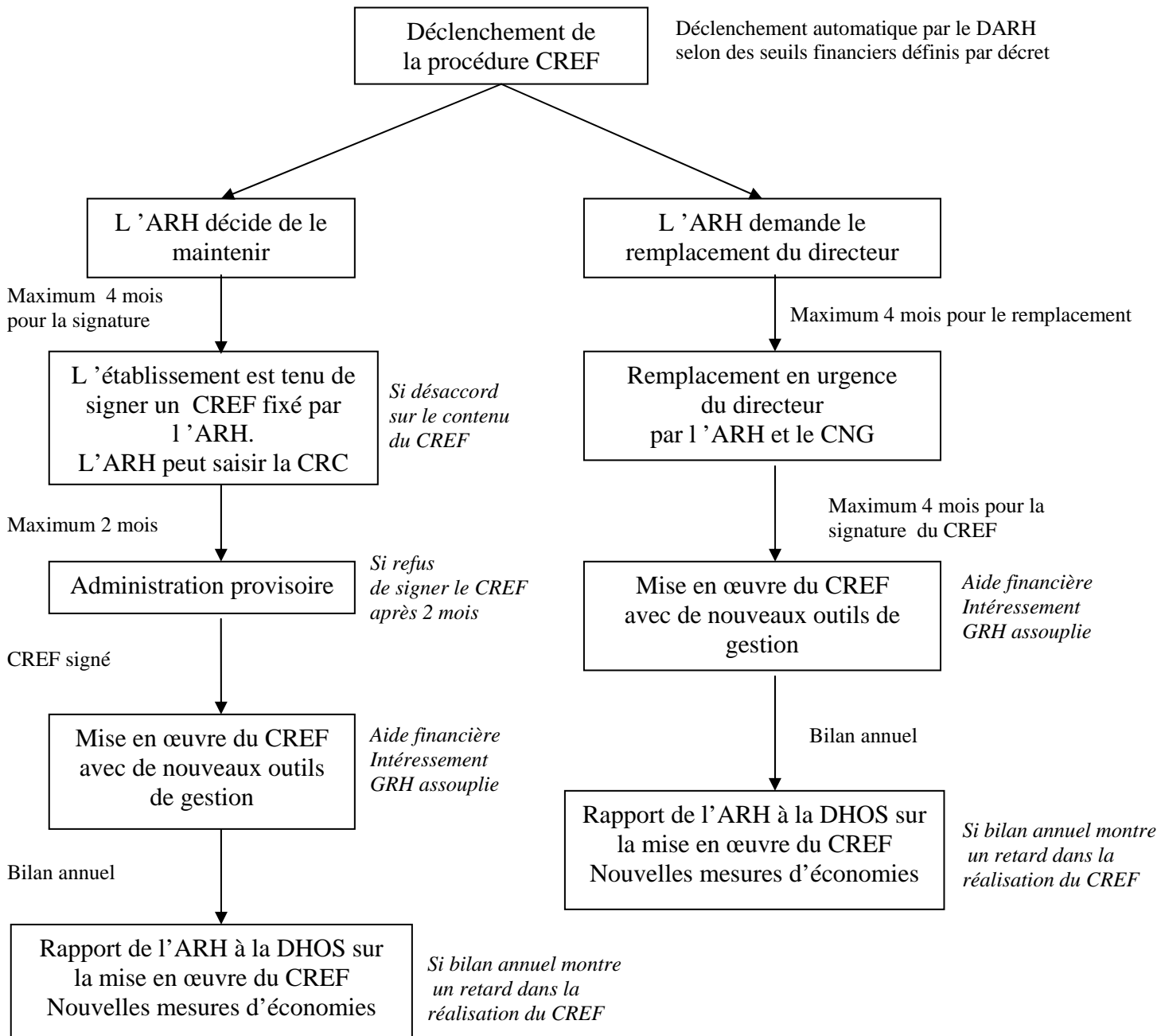
1. CREF de première génération (situation actuelle)

Aucun cadrage de la procédure.

2. Plans de redressement (situation actuelle)



3. CREF de deuxième génération (propositions de la mission)



**Annexe 3 : synthèse des nouvelles dispositions législatives
et réglementaires proposées**

Synthèse des nouvelles dispositions législatives et réglementaires proposées

- **législatives :**

- l'article L. 6143-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si la situation financière d'un établissement correspond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation engage sans délai une procédure de préparation d'un contrat de retour à l'équilibre financier par avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du même code . A défaut de signature du contrat dans des conditions définies par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est tenu de fixer les mesures du contrat. En cas de refus persistant de l'établissement de signer le contrat dans des conditions prévues par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit recourir à la procédure d'administration provisoire en application de l'article L. 6143-3-1 du même code. Il peut saisir la chambre régionale des comptes qui évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement.

« Toute majoration de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale au titre de l'aide à la contractualisation et de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code arrêtée en cours d'exercice pour établissement engagé par un contrat de retour à l'équilibre financier et supérieure à un seuil fixé par décret doit donner lieu à la passation d'un nouvel avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Le contrat de retour à l'équilibre financier donne lieu à un bilan annuel par l'agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement ».

- le premier paragraphe de l'article L. 6143-3-1 est remplacé par les dispositions suivantes : *« en cas de défaut de signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier dans des conditions fixées par décret, le directeur de l'ARH doit placer l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 »*

« Le directeur de l'ARH peut également prendre une mesure d'administration provisoire s'il estime que les mesures de redressement prises par un établissement ne permettent pas d'améliorer la situation financière de l'établissement ».

- **réglementaires (décret) :**

- les critères sur lesquels se fonde le directeur de l'ARH pour déclencher un CREF en application de l'article L. 6143-3 sont les suivants :
 - déficit du compte financier supérieur à X % des charges pendant deux exercices consécutifs ;
 - déficit du dernier exercice, en simulant des recettes à 100% de tarification à l'activité pour le MCO, supérieur à X % des charges⁶⁴.

⁶⁴ Pour les propositions de la mission sur le niveau du seuil, voir l'annexe 4.

- En cas de déclenchement d'une procédure de CREF, le directeur de l'ARH peut demander le remplacement du directeur de l'établissement. Le directeur de l'établissement est placé auprès du CNG. Le remplacement du directeur, choisi par une décision commune du CNG et de l'ARH, intervient dans une période de 4 mois après le déclenchement de la procédure.
- La signature du CREF par le directeur de l'ARH, le directeur de l'établissement et le président du conseil d'administration de l'hôpital intervient dans un délai de quatre mois à partir du déclenchement de la procédure ou du remplacement du directeur.
- La signature du CREF est conditionnée à une revue complète de l'activité de l'hôpital, à une étude des coopérations possibles sur le territoire de santé en application de l'article L. 6143-15 et à un réexamen du programme d'investissement de l'hôpital menant à la signature du programme d'investissement par le directeur de l'ARH.
- en cas de signature du CREF, le directeur de l'ARH peut placer en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, en application de l'article R6152-50-1 du Code de la santé publique, dans la limite d'un plafond régional⁶⁵.

- **Circulaire :**

Fixation d'un cahier des charges portant sur un CREF-type comprenant :

- une évaluation de la situation financière future sans mesures de redressement ;
- les pistes d'économies à examiner systématiquement ;
- l'examen des rapprochements entre établissements de santé ;
- les indicateurs de suivi des contrats ;
- des tableaux-types permettant de suivre le retour à l'équilibre, et comprenant au moins le chiffrage des économies, l'évolution de l'équilibre d'exploitation, de la CAF, de l'effet T2A et l'impact des investissements.

⁶⁵ Le montant de ce plafond devra faire l'objet d'une expertise.

**Annexe 4 : fixation du seuil et mise en œuvre de
la nouvelle procédure de CREF**

Fixation du seuil et mise en œuvre de la nouvelle procédure de CREF

Les propositions de la mission visent à **garantir le déclenchement « automatique » de la procédure en créant une compétence liée pour l'ARH**. La non application de la procédure CREF par certaines ARH entre 2004 et 2006, malgré les consignes nationales, justifie la mise en place de cette compétence liée.

1. Les objectifs qui président à la fixation d'un seuil

La mission propose deux types de seuils :

- un seuil de déficit d'exploitation qui reflète la situation financière de l'établissement ;
- un seuil de déficit à 100% de tarification à l'activité, pour mieux cibler les « perdants à la T2A ».

La fixation du niveau des seuils par décret doit prendre en compte plusieurs préoccupations :

- **limiter le nombre d'établissements engagés dans la procédure CREF pour concentrer l'action des équipes ARH et mobiliser un maximum de ressources sur un minimum d'établissements.** Or, le nombre d'établissements en difficulté varie de quelques unités à quelques dizaines suivant les régions sans que les moyens des ARH soient dimensionnés en conséquence.
- **envoyer un signal fort aux établissements sur la « tolérance zéro » en matière de déficit.** Comme l'a indiqué le président de la république dans le discours prononcé à Bordeaux le 16 octobre 2007, l'objectif est qu'il n'y ait plus d'établissement en déficit en 2012.

2. Les conditions d'efficacité du seuil

En 2008, pour la première année de mise en œuvre du dispositif, la fixation du degré de sélectivité de la procédure sera particulièrement délicate :

- fixé à un niveau trop bas, il conduirait à inclure de très nombreux établissements ce qui rendrait difficile la gestion de la procédure par les ARH ;
- fixé à un niveau trop élevé il laisserait à l'écart un grand nombre d'établissements en difficulté.

La nouvelle procédure doit donc s'appliquer en priorité à des établissements dont la situation est réellement dégradée mais elle doit aussi agir de manière « dissuasive », en incitant tous les autres établissements à prendre par eux mêmes les mesures nécessaires au maintien ou au retour à l'équilibre. De plus, l'ensemble des contrats signés par des établissements en déficit devront être réexaminés à l'aune des préconisations du présent rapport.

3. La situation financière actuelle

En octobre 2007, les données budgétaires les plus récentes dont dispose la mission sont relatives à la fin de l'exercice 2006. Selon des données partielles de la DHOS résumées dans

le tableau suivant⁶⁶, une cinquantaine d'établissements connaissent des situations délicates. Le tableau rappelle le déficit d'exploitation en pourcentage des recettes, pour les établissements pour lesquels la mission dispose de cette information.

PACA	APHM (2,7%), Toulon (2,2%), Digne (5,8%), Orange (7,8%), Pays d'Aix (1,6%)
Nord-Pas-de-Calais	Lens (6,6%), Arras (3,5%), Tourcoing (4,4%°), Béthune (3,8%)
Ile-de-France	Sud Francilien (9%), Versailles (3%), Poissy Saint Germain 5%), Saint Joseph (6%), Argenteuil (12%), Pontoise (4%)
Auvergne	Clermont (2,7%), le Puy (6,8%)
Franche-Comté	Belfort Montbéliard (4,4%), Besançon (1,8%)
Picardie	Amiens (2,4%) - Creil (13,8%)
Midi-Pyrénées	Albi (7,6%), Tarbes (3,4%), Lavaur (2,7%), Auch
Bourgogne	Dijon, Mâcon, Auxerre, Chalon, Nevers
Basse-Normandie	Caen, Alençon, Lisieux, Granville, L'Aigle
Lorraine	Nancy (3,7%), Bar le Duc (2,7%), Metz (6%), Briey, Forbach
Haute-Normandie	Le Havre (4,6%)
Languedoc-Roussillon	Montpellier (2,2%)
Aquitaine	Saint-Cyr Villeneuve (2,5%), Bergerac (4,1%)
Champagne-Ardenne	Chalon (2,9%), Vitry (4,7%)
Alsace	UGECAM (3%)
Guadeloupe	Pointe-à-Pitre (2,9%)
La Réunion	Guyon (3,7%)

Remarques :

- *chaque établissement est accompagné du calcul de la part du déficit en pourcentage des recettes ; ce résultat a été retraité par la DHOS pour tenir compte du caractère exceptionnel de l'année 2006 (intégration des reports de charges) ; ce retraitement fait sortir certains établissements de l'échantillon (Lille : le déficit passe de 1,6 à 0,8% avec retraitement) ; dans certains cas en revanche, la mission ne dispose que des résultats non retraités (Sud Francilien, Versailles, Nancy, Bar-le-Duc) ;*
- *ces calculs intègrent les aides exceptionnelles ce qui permet à certains hôpitaux en grave difficulté de ne pas être très déficitaires en apparence, donc de ne pas figurer dans le tableau.*

⁶⁶ Note sur la « situation financière des établissements par région », septembre 2007.

4. Les recommandations sur la fixation du niveau du seuil en 2008

La mission préconise des seuils évolutifs :

- pour l'année 2008, les deux seuils de déclenchement (déficit d'exploitation et efficacité T2A) devraient être fixés de manière à sélectionner au maximum cinquante à cent établissements.
- Pour les années suivantes, les CREF pourraient être progressivement étendus, pour concerner à terme l'ensemble des établissements déficitaires.

L'intérêt de cibler la procédure de CREF sur les établissements en fort déficit est que, dans ces établissements, la prise de conscience des difficultés financières et de la nécessité de mesures de redressement est souvent plus avancée.

La mission préconise que soit engagées sans tarder des simulations sur ces critères en utilisant dès que possible les prévisions de résultats 2007.

5. La mise en œuvre de la nouvelle procédure en 2008

Dans l'hypothèse d'une entrée en vigueur des mesures législatives et réglementaires proposées par le présent rapport au 1^{er} janvier 2008, un établissement ayant réuni les deux critères proposés (déficits en 2006 et 2007 supérieurs à un seuil et déficit 2006 à 100% T2A) sera éligible à la procédure CREF.

Plusieurs hypothèses doivent être envisagées :

- pour l'établissement éligible, qu'il soit ou non déjà en CREF, la procédure de négociation d'un CREF de nouvelle génération sera déclenchée dès la transmission des comptes de l'année 2007 à l'ARH (soit au plus tard le 31 mai 2008) ;
- concernant les établissements non éligibles mais qui sont actuellement en CREF, ils ne seront que partiellement concernés par la procédure : une renégociation du contrat actuel ne sera pas obligatoire, mais le suivi du CREF ou du plan par l'ARH devra tenir compte des recommandations du présent rapport (bilan annuel, vigilance particulière sur le programme d'investissement), et devra donner lieu si nécessaire à la passation d'un avenant au CPOM.

En cas de CREF, l'établissement et l'agence disposeront alors de quatre mois pour préparer la signature du contrat. Ce délai permettra de procéder à une revue complète des activités et du programme d'investissement. L'objectif d'intégration de l'hôpital dans un CHI ou un GCS figurera dans le CREF sauf décision contraire motivée du DARH. Si l'accord entre l'établissement et le DARH n'est pas possible à la fin des quatre mois et d'une période supplémentaire de deux mois, l'agence nommera un administrateur provisoire. Le CREF préparé par l'agence sera alors immédiatement exécutoire.

Les établissements éligibles aux CREF auront donc signé leurs contrats au plus tard à la fin de l'année 2008. Ces contrats fixeront l'objectif de retour à l'équilibre d'exploitation en 2011 au plus tard.

**Annexe 5 : Note sur le traitement des établissements déficitaires
en Angleterre**



LE CONSEILLER SOCIAL



AMBASSADE DE FRANCE AU
ROYAUME UNI

Londres, le 15 juin 2007

Note pour M. le Chef de l'IGAS

Objet : Le traitement des établissements hospitaliers déficitaires en Angleterre

Réf : Commande en date du 27 mars 2007

Copie : MSJS/CAB (Richez), MSJS/DAEI, MSJS/DHOS, MSJS/DSS, MEFI/DB/6SD

Il n'existe pas de relation directe entre la mise en place de la tarification à la l'activité en Angleterre et l'apparition de déficits dans certaines structures hospitalières. Ces déficits ont toujours existé – comme d'ailleurs en France. En revanche, la TAA permet désormais d'objectiver pourquoi ces établissements sont en déficit, et donc de trouver les solutions adaptées à leur situation – y compris les plus définitives.

On pourra donc lire avec profit la note sur les paramètres et la mise en œuvre de la tarification à l'activité en Angleterre datée de ce même jour et transmise parallèlement à la présente.

1. Précisions liminaires sur le système de santé britannique.

1.1. Rapide description des mécanismes de régulation de la dépense.

Le système de santé anglais (National Health Service, NHS) est entièrement public, et est totalement gratuit pour l'utilisateur.

Il opère dans le cadre d'une enveloppe budgétaire annuelle limitative elle-même déterminée en application d'un cadrage financier trisannuel. Cette enveloppe budgétaire nationale, qui couvre l'ensemble des dépenses de santé, est déconcentrée aux 10 autorités régionales de santé (Strategic Health Authorities, SHA), puis fractionnée et déléguée aux 150 autorités locales de santé (Primary Care Trusts, PCT) en fonction des besoins relatifs de la population géographique qu'ils couvrent⁶⁷.

⁶⁷ Sans entrer dans le détail, le budget est réparti en fonction d'une formule mathématique à clés multiples dont le principe fondamental est de garantir des ressources égales à deux zones géographiques dont les besoins de la population sont identiques. Cette formule est régulièrement mise à jour par un comité indépendant, le Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA), et permet donc d'attribuer à chaque territoire sa "juste part" (*fair share*, c'est à dire celle correspondant à ses besoins relatifs) du budget national de santé.

Les PCT sont donc les financeurs exclusifs des services de santé primaires et secondaires consommés par la population qui leur est rattachée. 75% du budget total de la santé leur est à cette fin délégué, le solde servant à financer des dépenses centralisées sous l'égide du ministère de la santé ou les missions de planification et d'organisation régionale de l'offre de soins des SHA.

Les hôpitaux et les cabinets de médecine générale sont considérés comme des prestataires de services achetés par les PCT.

Le système hospitalier anglais est organisé en groupes hospitaliers publics (NHS Trusts). Historiquement, les hôpitaux ont été implantés à l'échelle du district, en vue d'apporter la totalité de la gamme des services hospitaliers et de spécialités à une population captive⁶⁸ de l'ordre de 200 à 300 000 habitants. Cette ambition initiale n'est plus adaptée, ni au regard de l'évolution des techniques médicales, ni en ce qui concerne la répartition actuelle des populations.

Par ailleurs, le système hospitalier était jusqu'au tournant des années 2000 un système extrêmement centralisé, piloté et financé depuis le niveau central, doté d'une structure de personnels très hiérarchisée et syndicalisée. Il constituait donc un instrument à la fois surdimensionné et mal adapté aux besoins de la population.

Dès lors qu'une relation quasi-marchande est instaurée entre les acteurs au sein de ce système public de santé, l'attribution d'un prix aux prestations fournies est indispensable. C'est tout le sens du passage à une tarification à l'activité quasi-intégrale au cours de l'exercice 2006/2007, tout en continuant naturellement à maîtriser les volumes par le biais de Service Level Agreements⁶⁹.

1.2. Le plan 2002-2008.

Le National Health Service (NHS) anglais connaît depuis 2002 une augmentation sans précédent des financements qui lui sont alloués. Sur ces six exercices, il a été décidé de doubler le budget en monnaie courante, ce qui s'est traduit par une augmentation annuelle de ce budget de l'ordre de 7.4% en termes réels.

En contre partie de cet apport budgétaire considérable - sans doute nécessaire au regard du rationnement de long terme que le secteur public a subi au cours des années 1980 et 1990 - le Gouvernement a fait accepter aux syndicats du NHS un certain nombre de réformes structurelles fondées sur la mise en œuvre de procédures de marché au sein du service public⁷⁰.

On peut même considérer que les personnels ont été "achetés", tant à l'hôpital ("*agenda for change*" de 2003, qui a mis en place une réforme ambitieuse de la grille salariale des personnels médicaux et paramédicaux) qu'en médecine générale (nouvelle convention médicale de 2003), avec à la clé de très substantielles augmentations salariales et des embauches massives (augmentation de 1 à 1.3M du nombre de salariés du NHS). Certaines

⁶⁸ Jusqu'à très récemment, un patient anglais n'avait ni le choix de son médecin généraliste, ni celui de l'hôpital dans lequel il était amené à se faire opérer.

⁶⁹ Pour une description des paramètres et des modalités de mise en œuvre de la TAA en Angleterre, se référer à la note éponyme.

⁷⁰ Liberté de choix du patient, tarification à l'activité, objectifs de résultat pour les hôpitaux, paiement à la qualité des soins en médecine générale, partenariats public-privé pour la construction de nouveaux hôpitaux, création du nouveau statut hospitalier des Foundations Trust, block contrats au profit de prestataires privés, etc...

études estiment que les dépenses de personnels ont absorbé plus de la moitié de l'augmentation du budget sur la période.

Cette modernisation à marche forcée du NHS a coïncidé avec une certaine perte de contrôle de la dépense, sous l'influence notamment des dérives salariales, mal appréhendées au niveau de leur cadrage, mais aussi du rythme très excessif dans la mise en œuvre des réformes.

2. La situation financière globale sur les deux derniers exercices

2.1. Une surconsommation des crédits dont le ministère de la santé n'a commencé à prendre conscience qu'à la mi-2005

Malgré le rythme très élevé d'accroissement du budget de la santé, le NHS anglais a enregistré une surconsommation brute⁷¹ de ses crédits de 2.2 Md€ et au final une surconsommation nette de 800M€ (sur un budget de l'ordre de 105Md€), soit 0.8% du budget⁷² sur l'exercice 2005/2006⁷³.

Même si cette surconsommation du budget paraît faible au regard du déficit de la Sécurité Sociale française, elle n'en était pas moins inacceptable pour le ministère de la santé anglais, au regard de l'énormité des crédits supplémentaires engloutis dans le système.

Il était de plus impératif de reprendre en main les dépenses du système, car l'augmentation du budget à partir de 2008/2009 reviendra à un étiage beaucoup plus faible, inférieur à 3% en termes réels. Si les dérives financières ne sont pas enrayerées à la racine dans une période d'expansion du budget, la situation ne pourra qu'être catastrophique et irrattrapable lorsque la voilure budgétaire sera réduite.

La ministre de la santé, Patricia Hewitt, a ainsi annoncé que le NHS serait à l'équilibre coûte à la fin de l'exercice 2006/2007, et a mis sa démission dans la balance. S'en est suivi un exercice de régulation budgétaire d'une rare violence – bien qu'à relativiser au regard de l'augmentation globale des crédits sur l'exercice :

2.2. Une reprise en main budgétaire particulièrement énergique

Les règles comptables britanniques (*Resource Accounting and Budgeting, RAB*) imposent à un ministère qui a excédé son enveloppe budgétaire de repayer au ministère des finances sa surconsommation de crédits l'année suivante, par déduction de son budget pour le nouvel exercice. Les nouveaux crédits pour l'exercice alloués au ministère de la santé par le ministère des finances ont ainsi été diminués de 800M€

Dès le début du nouvel exercice budgétaire, les crédits délégués aux PCT ont de plus été amputés de 1.6Md€ qui ont été placés en réserve (dans un "*contingency fund*" créé pour

⁷¹ La notion de brut se réfère à l'agrégation des déficits de l'ensemble des structures du NHS déficitaires. La notion de net exprime quant à elle la situation globale du NHS, en agréant les déficits et les excédents de ses organisations.

⁷² Il faut toutefois relativiser ce chiffre, dans la mesure où la décision a été prise sur cet exercice de provisionner l'intégralité du risque indemnitaire pour les erreurs médicales et infections nosocomiales pour les 10 années suivantes, soit un passage en provisions sur l'exercice d'environ 11Md€ c'est à dire une somme bien supérieure à la surconsommation constatée.

⁷³ L'annualité budgétaire britannique va du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.

l'occasion). Ensuite, 670M€ de crédits de formation – soit l'essentiel du budget – ont été purement et simplement annulés.

Des équipes volantes de consultants du cabinet d'audit KPMG ont été envoyées dans les établissements (NHS Trusts) et organisations (PCT, SHA) dont la surconsommation avait été la plus importante en vue d'identifier les économies à réaliser pour retourner à l'équilibre.

Les projets d'investissement en cours ont été stoppés nets dès le mois d'avril 2006, et annulés pour un certain nombre d'entre eux.

A partir de mai 2006, on a assisté à un gel quasi-complet des recrutements dans le NHS, et au non-renouvellement des contrats temporaires. Ceci s'est traduit en fin d'exercice par environ 23 000 suppressions de postes, dont 2300 licenciements secs – à 80% des personnels administratifs.

Une réduction drastique du nombre de PCT et de SHA a été décidée et immédiatement mise en œuvre (réduction par deux du nombre de ces organisations, de 303 à 153 pour les PCT, et de 18 à 10 pour les SHA). Les managers des organisations déficitaires fusionnées ont été licenciés.

Enfin, un plan extrêmement important de restructuration hospitalière a été mis sur les rails à partir de l'été 2006, avec la moitié des maternités et des services d'urgences étant soumise à une revue, dans le but d'examiner les potentialités de fermetures. 3000 lits hospitaliers ont été fermés sur l'exercice, mais l'essentiel du plan portera sur 2007/2008

Au regard de la sous-dotation de leur budget (limitatif) par rapport au plan de marche initialement prévu, les PCT ont immédiatement révisé à la baisse les Service Level Agreements avec les hôpitaux.

Dès lors, contraints de réduire le volume de leur activité, les hôpitaux se sont mis à augmenter les listes d'attentes – qui avaient été spectaculairement réduites depuis 2000 – en décalant les opérations non-urgentes tout en s'efforçant de respecter les "cibles" gouvernementales pour les patients étant déjà inscrits sur les listes.

En pratique, la plupart des spécialités se sont donc vues imposer par les PCT des limites minimales de temps d'attente de 16 semaines, l'objectif gouvernemental d'attente maximale étant de 26 semaines. Des services entiers ont été temporairement fermés, et l'activité déplacée sur des structures hospitalières voisines.

L'exercice de régulation budgétaire a donc touché tous les établissements, et les a confronté à un plafonnement de leur volume alors même que le tarif était désormais fixé au niveau national (introduction de la TAA au tarif national à partir d'avril 2006).

Le résultat de ces mesures fortes est significatif, puisque le NHS a terminé l'exercice 2006/2007 avec un surplus budgétaire de 800M€- qui sera donc réinvesti dans le budget de la santé 2007/2008.

A ce surplus global, il convient d'ajouter les excédents des Foundation trusts, cette soixantaine d'hôpitaux publics à statut particulier⁷⁴, qui se chiffrent à environ 200M€, lesquels viendront donc s'ajouter aux 1.5Md€ de réserves que possèdent ces établissements.

⁷⁴ Voir note sur la tarification à l'activité, qui décrit les grandes lignes du statut des foundation trusts.

3. Une mise au pas qui s'est accompagnée d'un assainissement considérable des pratiques comptables

Sur la même période, des réformes comptables dures ont été menées délibérément, dans le but d'objectiver tous les déficits sous-jacents, selon une stratégie financière assumée et publique exposée sur le site internet du ministère de la santé. Ces réformes ont été décidées et mises en œuvre en application de trois mots d'ordre parfaitement simples :

Équité : faire en sorte que toutes les organisations supportent les conséquences – et bénéficient des fruits – des décisions de gestion qu'elles prennent ;

Transparence : s'assurer que les performances financières de chaque organisation sont claires et que tous les établissements comprennent les raisons de leur situation financière cumulative, infra-annuelle et récurrente⁷⁵ ;

Responsabilité : l'objectif final est que tous les établissements et leur conseil d'administration soient mis en ordre de marche vers un régime de plus grande autonomie financière, sur le modèle des Foundation Trusts.

La plupart des organisations déficitaires en 2005/2006 espéraient pouvoir partiellement surmonter leur impasse de trésorerie en décalant leurs versements de cotisations sociales au Trésor, en omettant d'acquitter en temps utile les sommes dues au titre du provisionnement des engagements de retraites de leurs salariés, ou encore en ne payant le salaire de mars de leur personnel qu'en avril.

Le ministère des finances, appuyé par le ministère de la santé, leur a indiqué que de telles fantaisies comptables ne seraient plus tolérées.

Privés d'artifices comptables, 68 groupes hospitaliers anglais - soit 32% d'entre eux - ont clôturé leurs comptes 2005/2006 en déficit, malgré des efforts désespérés de rétablissement comptable de dernière minute (report de règlement des factures, etc.). La dérive budgétaire globale était cependant imputable à un nombre réduit de groupes hospitaliers, 50% de l'impasse hospitalière étant générée par seulement 7% d'entre eux.

Il faut ici dire un mot d'une règle comptable du RAB mise en œuvre à partir de l'exercice 2003 et surnommée "la double claque" (*double-whammy*). Un établissement qui termine l'exercice en déficit voit ses financements pour l'année suivante amputés du montant de ce déficit. Il s'agit de la simple déclinaison au niveau de chaque organisation de la règle applicable au niveau du ministère dans son ensemble.

Concrètement, pour un budget de 100 exécuté en déficit de 10 sur l'exercice N, l'établissement ne peut donc compter que sur un budget de 90⁷⁶ en N+1, tout en devant assurer le même niveau de service (prévu par son Service Level Agreement).

Mais l'application de cette règle -profondément responsabilisante, comme on peut le penser- n'avait aucun effet pratique tant que les déficits cumulés des établissements continuaient d'être financés.

⁷⁵ Notamment grâce à la tarification à l'activité

⁷⁶ 100 moins les 10, qui sont remboursés d'office en début d'exercice au ministère de la santé, ce qui se traduit en pratique, dans un contexte de tarification à l'activité intégrale, par une retenue sur les paiements effectués mensuellement en application du service level agreement

Dans le passé, en effet, les établissements en déficit pouvaient demander au ministère de la santé un prêt sans intérêt (système de *cash brokerage*) remboursable l'année suivante, financé notamment par prélèvement sur les surplus réalisés par les autres établissements. Comptablement, tout le monde était donc à l'équilibre le jour de l'arrêté des comptes. Mais l'année suivante, ils pouvaient redemander un prêt sans intérêt etc... sans jamais améliorer leur situation financière.

Il a été clairement affiché que les déficits ne seraient désormais plus couverts (*bail out*) pour l'exercice 2006/2007, dans aucun cas.

Le système de *cash brokerage* - qui constituait *de facto* un portage indéfini de dette par le ministère de la santé - a été remplacé par un système de prêts à intérêts (*working capital loans*) corrélés au taux directeur de la Banque d'Angleterre (le taux d'intérêt de ces prêts est actuellement de l'ordre de 5.5%), repayables annuellement à partir d'avril 2006.

Ce durcissement des pratiques comptables semble avoir produit l'effet escompté. Les établissements qui avaient constatés un déficit limité en 2005/2006 ont rétablis leur bilan en 2006/2007, à l'issue d'une chasse frénétique aux économies. On ne dénombre plus que 19% de groupes hospitaliers en déficit sérieux (c'est-à-dire supérieur à 1%). 80% des établissements ont réalisé un excédent. 1% a fini l'exercice juste à l'équilibre. Les chiffres provisoires⁷⁷ du ministère affirment que le nombre de groupes hospitaliers présentant un déficit de plus de 5% de leur chiffre d'affaires s'est réduit de 9 à 4% :

Bottom line as a percentage of turnover	2004-05 Annual Accounts No.Orgs	2005-06 Annual Accounts No.Orgs	2006-07 Month 12 forecast No.Orgs
Deficit > 10%	1%	3%	1%
Deficit 5%-10%	3%	6%	3%
Deficit 1%-5%	16%	18%	14%
Deficit < 1%	7%	5%	3%
Breakeven	4%	2%	1%
Surplus <1%	63%	54%	55%
Surplus 1%-5%	3%	9%	19%
Surplus 5%-10%	1%	1%	1%
Surplus >10%	1%	1%	3%

Mais les nouvelles règles ont logiquement enfoncé dans le rouge les établissements les plus déficitaires, à la fois confrontés à la baisse de leurs revenus (double claqué) et à l'augmentation de leurs coûts fixes (rémunération du prêt consenti par le ministère).

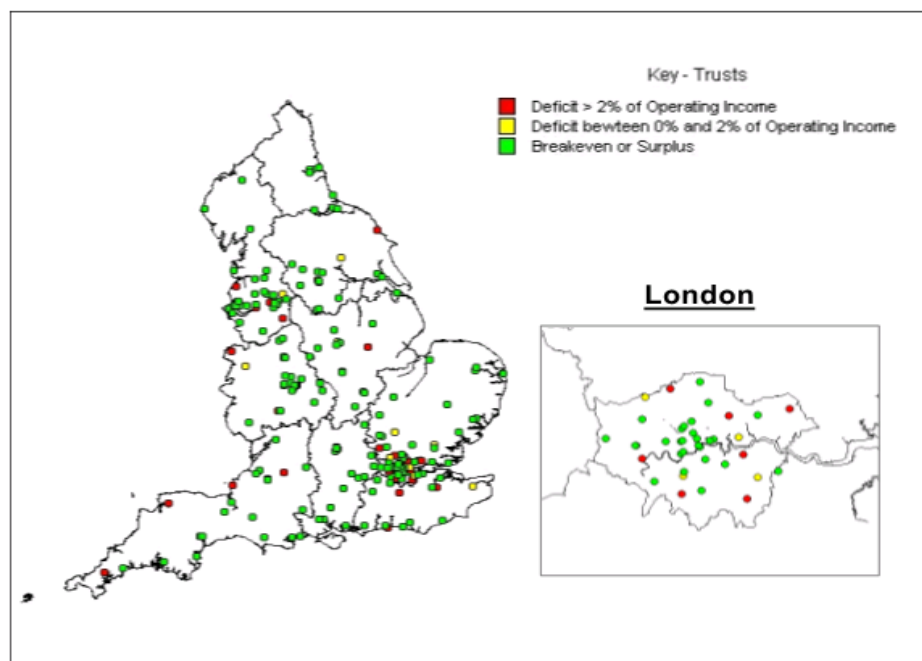
La situation globale était tellement dégradée au moment de la clôture des comptes que la règle de la "double claqué" a été abolie en fin d'exercice 2006/2007⁷⁸, parce qu'elle empêchait un certain nombre d'établissements autrement tout à fait viables de pouvoir un jour retourner à l'équilibre.

Au final, dans ce cadre aménagé, 36 groupes hospitaliers finissent l'année dans le rouge, soit moitié moins que l'année précédente. Le déficit agrégé des établissements en

⁷⁷ Les comptes définitifs et certifiés ne seront disponibles qu'en octobre 2007.

⁷⁸ Il faut préciser que cette règle est maintenue au niveau ministériel : toute surconsommation éventuelle du budget de la santé pour une année N continuera donc d'être déduite du budget de la santé de l'année N+1. Elle n'est supprimée qu'au niveau des organisations du NHS. La maîtrise comptable continuera donc de s'opérer au niveau global.

difficultés, qui était de 711M€ sur l'exercice 2005/2006 ne serait plus que de 260M€ soit une amélioration du solde de l'ordre de 450M€



52 groupes auraient amélioré leur situation financière par rapport au précédent exercice⁷⁹, mais 19 d'entre eux auraient vu celle-ci se détériorer.

18 groupes hospitaliers sont aujourd'hui jugés en faillite technique (c'est-à-dire hors d'état de payer les intérêts des éventuels *Working Capital Loans* qu'ils auraient été amenés à contractés) à l'approche de la fin de l'exercice 2006/2007.

4. Le traitement des 36 établissements en déficit

Les 18 établissements qui sont en déficit mais dont la situation financière est jugée sauvable, au regard de leurs perspectives de *cash flows* futurs et des gisements de productivité existant en leur sein⁸⁰ se sont vus autorisés à bénéficier de *Working Capital Loans* (WCL).

La règle pour ce faire était que le résultat anticipé sur l'exercice à venir, au regard des restructurations actées, permette de repayer les intérêts du prêt sur l'année suivante.

Sur les 18 groupes hospitaliers déficitaires restants, 5 d'entre eux se sont vu accordés des WCL dont le paiement des intérêts est différé à moyen (4 ou 5 ans) voire à long terme (9 ans, dans un cas) parce qu'il existe des possibilités sérieuses de retour à l'équilibre à l'échéance de cette période, si des efforts importants sont poursuivis en matière d'efficience et de restructuration.

⁷⁹ Les équipes volantes de consultants – se traduisant dans certains cas par le remplacement du management - ont clairement joué un rôle très positif dans le rétablissement de la situation de ces établissements.

⁸⁰ Par rapport aux autres groupes hospitaliers, ces établissements déficitaires peuvent considérablement réduire la longueur moyenne des séjours et le nombre de journées d'occupations de lits au stade pré-opératoire, et peuvent augmenter leur ratio d'hospitalisation de jour.

Pour les 13 trusts résiduels, la question reste en suspens. En catastrophe, les autorités de tutelle ont inventé la notion de "*Temporary Public Dividend Capital*" à l'approche de la fin d'exercice 2006/2007. Il s'agissait en effet d'équilibrer les bilans de ces établissements irrémédiablement défaillants afin d'éviter la cessation de paiement, dans l'attente d'une solution définitive à trouver sur l'exercice 2007/2008.

Cet apport de trésorerie maquillé en recapitalisation⁸¹ a mobilisé environ 250M€ en fin d'exercice, prélevés sur les crédits placés en réserve.

Ces 13 groupes hospitaliers font actuellement l'objet d'un processus d'évaluation interne (remplacement ou doublure de l'équipe de direction par les équipes volantes mandatées par le ministère) et externe (examen des options possibles par les SHA).

Il existe en effet autant de "solutions" envisageables que d'établissements en fonction de l'identification des causes profondes de la situation (mauvais management, charges fixes trop élevées liées à la prise d'engagements à long terme mal calculés⁸², offre de soins inadaptée par rapport à un environnement hospitalier local en surcapacité, etc.). Globalement, les pistes envisagées sont de trois ordres :

1. augmentation des volumes prévus au SLA pour permettre aux établissements viables, performants au niveau de leurs fondamentaux, et utiles sur le plan de l'organisation des soins d'augmenter leur chiffre d'affaires, et donc leur résultat. Mais cette solution ne peut qu'être limitée dans son ampleur, dans la mesure où elle revient à ôter de l'activité aux établissements voisins dont la situation financière est saine, alors qu'ils sont *a priori* plus performants. Il ne pourra donc s'agir, dans la majeure partie des cas, que d'un petit ballon d'oxygène accompagnant les nécessaires restructurations ;
2. pour les établissements dont les performances sont dégradées du fait de coûts opérationnels trop élevés, fermeture pure et simple des services déficitaires avec déplacement de l'activité vers un autre hôpital ou vers la médecine de ville et/ou plan de licenciement des personnels, selon les besoins en termes d'offre. Les maternités et les urgences sont particulièrement visées ;
3. pour les autres, notamment en cas d'excès de l'offre locale, fermeture totale ou quasi-totale avec désaffectation/vente des bâtiments et relocalisation des activités résiduelles dans d'autres locaux, ou prise de contrôle et restructuration par un autre groupe hospitalier dont les fondamentaux sont excellents.

Ce dernier point mérite que l'on s'y arrête, parce qu'il a d'ores et déjà été mis en œuvre en décembre 2006 pour l'un de ces 13 groupes hospitaliers déficitaires (il n'en reste donc plus que 12).

Le groupe hospitalier public Good Hope, situé dans la région de Birmingham, avait traversé sur l'exercice 2005/2006 de graves difficultés financières, perdant 1.5M€ par mois pour un chiffre d'affaires annuel de 150M€, et affichant un déficit cumulé de l'ordre de 25M€

⁸¹ Techniquement, le TPDC sont en effet traités comme un passif de bas de bilan censé être adossé aux actifs de l'hôpital. En réalité, il ne s'agit ni plus ni moins que d'un apport temporaire de liquidités qui ne sont d'ailleurs affectés d'aucune obligation de retour sur investissement ou de service de taux d'intérêt à l'actionnaire/créancier qu'est le ministère de la santé. Ceci étant, le principe demeure que cette somme doit être remboursée un jour ou l'autre, à un terme indéterminé.

⁸² Typiquement, un investissement mal géré par le biais d'un partenariat public-privé de première génération se traduisant par la construction de capacités de production de soins supplémentaires non-rentables ou par des clauses financières défavorables induisant une pression à long terme sur les charges fixes de l'établissement.

La SHA a licencié l'équipe dirigeante début 2006 et confié la gestion de ce trust au groupe hospitalier voisin Heart of England, lequel est un Foundation Trust depuis 2004⁸³. La reprise en main de Good Hope par Heart of England a donné des résultats significatifs, puisque ses déficits ont été jugulés en moins d'un an.

Au vu de ces résultats très encourageants découlant d'une meilleure gestion - et dans le souci de les pérenniser - le ministère de la santé a autorisé le "rachat" de Good Hope par Heart of England.

Concrètement, la SHA a reconnu que le Trust Good Hope ne pouvait plus être comptabilisé comme un actif. Il devait au contraire être considéré comme un passif, du fait de son déficit cumulé de 25M€ Le Trust a donc été dissout, et ses actifs, ses passifs et son personnel ont été repris par le Foundation Trust Heart of England⁸⁴.

La dette de Good Hope a été titrisée sous la forme d'une obligation détenue par le ministère de la santé, auquel Heart of England devra servir un dividende de 3.5% par an jusqu'à son échéance. L'opération s'effectue en échange d'une injection de trésorerie de 5M€, d'une dotation en capital de 1.5M€ et d'un accord de garantie d'un certain volume d'activité au nouvel ensemble de la part de la SHA (figurant comme tel dans le Service Level Agreement).

Heart of England a la charge de mener à bien les restructurations nécessaires au dégagement de synergies entre les différents sites hospitaliers qu'il gère désormais, ce qui impliquera des rationalisations d'effectifs, des fermetures de services et une amélioration de la spécialisation de certains pôles.

Comme on le constate, cette nouvelle forme de rachat public constitue une sorte de droit des faillites hospitalières qui est encore en construction. Le ministère envisage d'ailleurs d'étendre ce mécanisme au-delà du seul secteur public, et examine actuellement la candidature d'une compagnie d'hospitalisation privée, BMI Healthcare, à la reprise de l'activité de l'un des groupes hospitaliers publics défailants. Une telle solution privée devrait toutefois - si elle se réalise - rester marginale, au regard des fortes turbulences politiques qu'elle ne manquera pas de susciter.

On ne peut que signaler que ce mécanisme de quasi-faillite, qui entraîne *de facto* le licenciement ou le remplacement de l'équipe de direction de l'hôpital défailant, constitue une sanction de quasi-marché dans un environnement public.

A n'en pas douter, il s'agit d'un message très responsabilisant adressé à l'ensemble des directeurs d'hôpital et managers du NHS, afin de les convaincre de ne pas se retrouver dans une telle situation.

Le sort définitif des 12 établissements déficitaires qui demeurent à traiter n'est pas encore arrêté. Les choix devraient être rendus publics en septembre 2007, et dans certains cas

⁸³ Pour mémoire, le statut de Foundation Trust permet à des groupes hospitaliers, après certification de leur viabilité financière et autorisation par un régulateur, de s'affranchir des contraintes budgétaires et comptables imposées aux autres groupes hospitaliers publics. Ces structures sont autorisées à emprunter, peuvent réaliser des excédents, les mettre en réserve ou les réinvestir, et peuvent également, théoriquement, faire faillite. En l'espèce, Heart of England dégageait un excédent de 7.5M€ sur un chiffre d'affaires annuel de 415M€ à l'issue de son premier exercice sous ce statut (2004/2005).

⁸⁴ par opposition aux modalités d'une classique opération de regroupement hospitalier, qui voit la dissolution des deux structures et la création d'une nouvelle en remplacement.

(fermetures, notamment) impliquer une consultation publique, comme les règles du droit anglais l'exigent.

* * *

Face aux dérives financières avérées à partir de la mi-2005 malgré l'expansion des budgets alloués au NHS, les Anglais ont donc choisi de prendre le taureau par les cornes, et de s'attaquer aux causes fondamentales de ces déficits :

- réformer les règles comptables inadaptées et faire toute la lumière sur la situation réelle de chaque hôpital ;
- responsabiliser les équipes dirigeantes des établissements en les exposant à une sanction de quasi-marché – c'est-à-dire le licenciement pour incompétence.

Une telle action demande beaucoup de courage politique, à n'en pas douter. On peut toutefois penser qu'il n'existe pas de meilleure façon de régler définitivement des problèmes de *management* qui sont inhérents au secteur public.

Le changement de culture et d'attitude des responsables administratifs à l'égard de la dépense et des déficits est aujourd'hui très perceptible.

Même si toutes les solutions développées de ce côté-ci de la Manche ne semblent pas immédiatement applicables dans notre pays, l'exemple anglais peut être une boîte à idée fort intéressante pour affronter les problèmes similaires que nous rencontrons avec les hôpitaux publics français.

Vincent CHEVRIER

Annexe 6 : situation financière des hôpitaux contrôlés en 2006

Situation financière des hôpitaux contrôlés en 2006

Le tableau suivant offre une photographie sommaire de l'état de santé des 19 établissements contrôlés au 31 décembre 2006.

La comparaison de ces données doit être faite avec prudence :

- certains établissements étaient en CREF depuis 2004 alors que d'autres ont signé leur CREF seulement en 2006 : le tableau ne saurait donc être utilisé pour comparer la réussite des CREF ou les efforts réalisés par les établissements ;
- l'aide de l'ARH est intégrée dans le résultat d'exploitation (première colonne).

	Résultat d'exploitation 2006 en M€	Evolution en 2006 par rapport à 2005
Albi	-5	Baisse des recettes de 3% ; hausse des charges de 9%, dont 10% de hausse pour le personnel. CRE non respecté.
Tarbes	-3,7	Efforts de maîtrise des charges (+1,6%). Aide importante de l'ARH (1,5 M€).
Gaillac	-0,65	Baisse des recettes ; efforts de stabilisation des charges (+0,5% pour les charges de personnel).
Rouen	-3,87	Faible dynamisme des recettes (+1,1%). Hausse importante des dépenses de personnel (+3%).
Lavaur	-0,98	Efforts de maîtrise des charges de personnel.
Toulouse	-3,1	Aides importantes de l'ARH ; déficit lié aux dotations aux provisions et amortissements
Pont à Mousson	-3	Hausse des charges de 8% contre 4% pour les recettes. Fort déficit de l'activité chirurgicale.
Nancy	-20,6	Hausse des charges (+2,6%) deux fois plus rapide que celle des recettes. Hausse notable des charges financières.
Longwy	+0,2	Mise en œuvre rapide du PRE ; maîtrise des charges de personnel (+1%)
Bar le Duc	-1,3	Hausse des charges non maîtrisée (+9%)
Lille	-10,3	Dynamisme des recettes (+4%) et des charges (+2,4%), notamment des charges de personnel.
Saint-Denis	-2,4	La situation hors aides de l'ARH s'améliore, l'EPRD 2007 est à l'équilibre.
Le Raincy	+1,4	Efforts de maîtrise des charges malgré le dynamisme des charges de personnel (+4,5%). Recettes peu dynamiques.
Versailles	-4,9	Dynamisme des recettes (+6,5%) mais surtout des charges (+9%).
Diaconesses	+0,42	Dynamisme des recettes (+4,9%). Structure fragile si on enlève les aides de l'ARH.
IMM	-0,475	Dynamisme des recettes, mais les charges augmentent et seule l'aide de l'ARH permet de limiter le déficit.
Sud Francilien	-20	Hausse des charges de 4% contre 2,7% de hausse des recettes. CREF non respecté.
Gérardmer	-0,007	Baisses de recettes liées à la restructuration de l'hôpital (fin de la chirurgie)
Vittel	0,26	Fermeture récente de la chirurgie, mais maintien d'une partie des crédits de la chirurgie dans la base budgétaire.

Annexe 7 : progression récente des effectifs des établissements en CREF

Progression récente des effectifs des établissements en CREF

La progression des effectifs s'explique parfois par la nécessité de répondre à une augmentation d'activité ou par la mise en œuvre des plans nationaux de santé publique.

Cependant, la plupart des établissements qui figurent dans ce tableau connaissent une progression d'activité relativement faible entre 2004 et 2006. En outre, les recrutements dans le cadre des plans nationaux n'expliquent qu'une partie de la hausse des effectifs constatés. Une minorité d'établissements est parvenue, dans la même période, à réduire ses effectifs.

Etablissement	Résultats d'exploitation sur la période récente	Evolution des effectifs réels (personnel médical et non médical)
Diaconesses	Exercices déficitaires depuis 2003 à l'exception de 2006	Médical : +1% (2005-2006) Non médical : +1%
IMM	Résultats déficitaires depuis 2002	Médical : +4% (2004-2006) Non médical : - 2,3%
Lille	Résultats déficitaires depuis 2004	Médical : +0% (2004-2007) Non médical : + 2%
Versailles	Résultats déficitaires depuis 2004	Médical : +13,3% (2004-2006) Non médical : +4,3%
Bassin de Longwy	Résultats déficitaires jusqu'en 2006, retour à l'équilibre en 2006	les charges de personnel augmentent de 1% en 2006
Sud Francilien	Déficits croissants depuis 2005	Médical : +7,5% (2004-2006) Non médical : +3%
Saint-Denis	Forts déficits en 2005 et 2006	Médical : +1,3% (2004-2006) Non médical : +3,3%
Le Raincy Montfermeil	Retour à l'équilibre d'exploitation en 2005 et 2006	Médical : -3,3% (2004-2007) Non médical : -5% (2004-2006)
Gérardmer	Résultats faiblement déficitaires en 2005 et 2006	Médical : -7% (2004-2006) Non médical : -6,5%
Nancy	Aggravation du résultat déficitaire entre 2004 et 2006	Médical : +3,4% (2004-2006) Non médical : +2,8%
Rouen	Forts déficits depuis 2004	Médical : +4,8% (2004-2006) Non médical : +2,7%
Pont à Mousson	Déficits croissants depuis 2004	Médical : -10% (2004-2006) Non médical : -2,7%
Bar le Duc	Résultats fortement déficitaires depuis 2005	Médical : +30% (2004-2006) Non médical : +18%
Lavaur	Résultat déficitaire en 2006	Médical : +6% (2004-2006) Non médical : +3,5%
Tarbes	Déficit croissant depuis 2004	Médical : +3,15% (2004-2006) Non médical : +0,4%
Albi	Equilibre en 2005 puis fort déficit en 2006	Progression des charges de personnel de 9% en 2006
Gaillac	Déficits en aggravation depuis 2004	Non médical : -9% (2004-2006)
Toulouse	Déficits d'exploitation depuis 2005	Médical : +16,3% (2004-2006) Non médical : +1,64%
Vittel	Résultat d'exploitation équilibré grâce aux aides de l'ARH	Non médical : -2,7% (2004-2006)

Annexe 8 : équilibre financier des contrats

Équilibre financier des contrats

Il s'agit ici de décrire l'équilibre financier des contrats. Les données contenues dans ce tableau se réfèrent donc aux économies prévues dans les CREF et non à celles qui ont été réalisées au final.

	Apport ARH M€	Recettes d'activité prévues M€	Economies prévues M€	Effort d'économies⁸⁵ prévu %
Albi (saisie CRC) 2007-2010	3	4,2	3,5	1,3%
Tarbes 2006-2009	1,5	2,9	3,3	0,73%
Gaillac 2006-2008	0,25	0,6	0,36	1,2%
Lavaur 2006-2010	0,35	0,19	0,52	0,26%
Gérardmer 2006-2008	1,98	1	0,93	3,2%
Versailles 2004-2008	4,7	4,4	10	1,3%
Diaconesses 2005-2008	7,6	2,7	4,3	1,5%
Rouen (non signé) 2006-2009	Non fixé	15,2 (économies+ recettes)		
Longwy 2006-2009		2,8 (économies+ recettes)		
Lille 2004-2007	10	12 (économies + recettes)		
Saint-Denis 2004-2006	5	22 (économies + recettes)		
Pont à Mousson 2006, abandonné	0,79 sur dix ans	PRE abandonné		
Nancy 2007-2011	55 (11 par an) + 1,5	Augmentation de 30 M€ par an des produits (+5,6%) Augmentation de 9 M€ des charges (+1,6%)		
Bar le Duc 2006-2009	1,6	PRE non encore signé car le plan doit être revu		
Le Raincy 2004-2008	10	Retour à l'équilibre prévu à 68,5% par des économies 31,5% par les recettes		
IMM 2006-2010	4,6	Retour à l'équilibre prévu à 33% par des économies 67% par les recettes		
Sud Francilien 2004, abandonné	53	Un premier CREF, prévoyant 22 M€ d'économies et 9,6 M€ de recettes supplémentaires, a été abandonné		
Vittel	0,5	CREF non encore signé, effort non déterminé		

⁸⁵ Il s'agit de l'effort annuel d'économies sur la durée du contrat, divisé par le montant des charges dans l'année de signature du contrat.

Annexe 9 : liste des personnes rencontrées au niveau national

Liste des personnes rencontrées au niveau national⁸⁶

Cour des Comptes

- Laurent Rabate, conseiller maître à la sixième chambre

Ministère de la santé de la jeunesse et des sports

Cabinet du Ministre

- Antoine Perrin, directeur-adjoint du Cabinet de Mme Bachelot, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des sports.
- François Xavier Selleret, conseiller technique au cabinet de M Bertrand ministre de la Santé et des Solidarités

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation (DHOS)

- Annie Podeur, directrice
- Luc Allaire ; chef de service
- Patrick Ollivier, sous-directeur de la sous-direction des affaires financières
- Jean-Claude Delnatte, chargé de mission
- Christine Ungerer, chef du bureau financement de l'hospitalisation publique
- Martine Krawczack, sous-directrice de la sous-direction de l'organisation du système de soins

Mission TAA

- Martine Aoustin, chef de la mission T2A

Mission Nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)

- Elisabeth Beau, directrice de la MEAH
- Maxime Cauterman
- Claire Daviron
- P.E. Haas
- David Lespagagne
- Jean-Claude Moisdon

Centre national de gestion (CNG)

- Danièle Toupillier, directrice générale du CNG
- Marie-France Colette

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Jérôme Séquier, chef du bureau établissements de santé et établissements médicaux sociaux à la sous-direction financement du système de santé
- Julie Pougheon, rédactrice

Agence technique de l'information hospitalière

- Maryse Chodorge, directrice
- Patrick Sainte-Marie, secrétaire général
- Max Bensadon, chef du service architecture et production informatique

⁸⁶ La liste des personnes rencontrées dans les différents établissements contrôlés est annexé à chaque rapport de site (voir liste de ces rapports en annexe 10) .

Ministère des affaires étrangères*Ambassade de France à Londres*

- Vincent Chevrier, conseiller social

Fédération Hospitalière de France (FHF)

- Gérard Vincent, délégué général
- Philippe Gaubert, chargé de mission

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)**

Yves-Jean DUPUY, délégué général de la FEHAP

Conférence des Directeurs généraux de CHU

- Paul Castel, président de la conférence, directeur général des hospices civils de Lyon (HCL)
- Jean de Beaupuis, vice-président, directeur général du CHU de Grenoble

Conférence des directeurs de centres hospitaliers

- Angel Piquemal, président de la conférence, directeur du CHI de la Côte Basque

Annexe 10 : liste des rapports de site définitifs

Liste des rapports de site définitifs

1) Haute Normandie

Rapport n° RM 2007-124A, octobre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CHU de Rouen.

2) Ile-de-France

Rapport n° RM 2007-138P, décembre 2007. Mise en œuvre du dispositif de contrat de retour à l'équilibre dans la région Ile-de-France.

Rapport n° RM 2007-079A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH des Diaconesses-Croix Saint-Simon.

Rapport n° RM 2007-117A, octobre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM).

Rapport n° RM 2007-092A, octobre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH Le Raincy Monfermeil.

Rapport n° RM 2007-093A, octobre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Saint Denis.

Rapport n° RM 2007-127A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH du Sud Francilien.

Rapport n° RM 2007-097A, septembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Versailles.

3) Lorraine

Rapport n° RM 2007-147P, janvier 2008. Mise en œuvre du dispositif de contrat de retour à l'équilibre dans la région Lorraine.

Rapport n° RM 2007-115A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par l' Association hospitalière du bassin de Longwy (AHBL).

Rapport n° RM 2007-133A, janvier 2008. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Bar le Duc.

Rapport n° RM 2007-134A, décembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Gérardmer.

Rapport n° RM 2007-126A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CHU de Nancy.

Rapport n° RM 2007-118A, septembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH Pont à Mousson.

Rapport n° RM 2007-146A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Vittel.

4) Midi-Pyrénées

Rapport n° RM 2007-139P, janvier 2008. Mise en œuvre du dispositif de contrat de retour à l'équilibre dans la région Midi-Pyrénées.

Rapport n° RM 2007-132A, novembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH d'Albi.

Rapport n° RM 2007-098A, octobre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Gaillac.

Rapport n° RM 2007-106A, septembre 2007. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le Groupe hospitalier intercommunal de Bigorre (Tarbes).

Rapport n° RM 2007-099A, janvier 2008. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CH de Lavar.

Rapport n° RM 2007-137P, novembre 2007. Rapports sur la situation financière du CHU de Toulouse.

5) Nord Pas de Calais

Rapport n° RM 2007-116A, janvier 2008. Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par le CHU de Lille.

Annexe 11 : liste des sigles utilisés

Liste des sigles utilisés

ATIH.....	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CH.....	centre hospitalier
CHI	centre hospitalier intercommunal
CHU	centre hospitalier universitaire
CME	commission médicale d'établissement
CNG.....	centre national de gestion
CPOM.....	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
DARH.....	directeur de l'agence régionale d'hospitalisation
DHOS	direction de l'hospitalisation de l'organisation des soins
DMS	durée moyenne de séjour
EHPAD.....	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	échelle nationale des coûts
EPRD.....	état prévisionnel des recettes et des dépenses
FMESPP	fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHM.....	groupement homogène de malades
GVT	glissement vieillissement technicité
HAD	hospitalisation à domicile
IP-MCO	indice de productivité pour la médecine, chirurgie, obstétrique
MAINH.....	mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
MEAH	mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MERRI	mission d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIGAC.....	mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
NHS	National Health System
OQOS	objectifs quantifiés d'offre de soins
PARHTAGE....	portail des Agences régionales d'hospitalisation
PGFP.....	plan global de financement pluriannuel
PH.....	praticien hospitalier
PLFSS	projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI.....	projet de médicalisation des systèmes d'information
PRE.....	plan de retour à l'équilibre
PSPH.....	établissement participant au service public hospitalier
SNATIH.....	système national d'information sur l'hospitalisation
SNIRAM.....	système national d'information inter régimes d'assurance maladie
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A.....	tarification à l'activité

**Réponse de Madame la directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins (DHOS)**

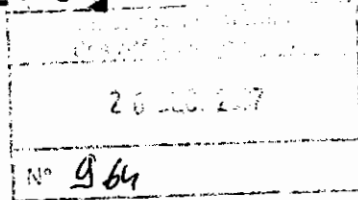


MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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

Paris, le 21 DEC. 2007

01278



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

à

Monsieur le chef de l'inspection générale
des affaires sociales

**Réponse au rapport IGAS sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du
contrat de retour à l'équilibre financier par les établissements « perdants » à la
T2A**

Je vous prie de trouver ci-dessous les réponses et remarques de la DHOS aux constats et propositions contenues dans le rapport initial que vous m'avez adressé sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par les établissements « perdants » à la T2A

Ce rapport fait un état des lieux des mesures prises pour redresser les établissements en situation de déficit financier. Il pointe la mauvaise articulation entre les dispositifs contractuels mis en œuvre et regrette le faible impact sur le redressement des établissements.

La DHOS, tout en partageant le constat d'ensemble sur le caractère encore perfectible des dispositifs existants, souhaite que soient nuancées certaines appréciations critiques et désire mettre l'accent sur les outils mis à disposition des établissements pour les aider à atteindre ce retour à l'équilibre ainsi que sur les chantiers engagés en vue de la réalisation de cet objectif.

Partie 1 une politique contractuelle peu efficace pour le redressement des établissements

Page 6: Il est indiqué que "les CPOM ont une portée très relative" car les ARH se seraient, pour la construction des OQOS, "contentées de partir de la consommation de soins existante". Or d'une part ce n'est pas vrai pour l'ensemble des établissements; d'autre part l'inscription des OQOS dans le contrat permet, dans le contexte d'une indispensable maîtrise de l'offre, de contenir les augmentations d'activité jugées par l'ARH injustifiées au regard des besoins de la population, ce risque étant loin d'être virtuel.

Il est également mentionné que les actions de coopération hospitalière "sont laissées à la seule initiative des établissements de santé". Juridiquement exacte, cette analyse ne reflète absolument pas la réalité des très nombreuses opérations de rapprochement d'établissements initiées et accompagnées par les ARH, qui en ont souvent fait un élément stratégique des CPOM. Par ailleurs, la création des "GCS de territoire" prévus par le PLFSS pour 2008 permettra à l'ARH de décider de coopérations entre établissements publics là où l'initiative est défailante.

Page 10: le rapport évoque les "résultats contrastés" de l'extension de la politique contractuelle à tous les établissements de la région. Or il semble très prématuré de porter un jugement sur les résultats d'une politique en cours de montée en charge: la date limite de signature des "contrats complets", i.e. incluant tous les aspects inscrits au décret sur les CPOM, a été fixée dans les contrats Etat-ARH au 30/06/2008. Leur évaluation objective et argumentée ne paraît donc guère possible avant 2009.

Pages 20 à 22 : le rapport fait sien le sentiment exprimé par certains acteurs de terrain quant au caractère supposé contradictoire des messages envoyés par le niveau central sur la nécessité de faire des économies tout en dépensant plus pour les priorités de santé publique et pour le financement de la politique salariale. Or, s'il est vrai qu'un effort d'économie est demandé, depuis 2005 aux établissements de santé dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie, cet effort s'accompagne néanmoins d'une progression très significative – sans commune mesure avec le montant des économies demandées – de la part de l'ONDAM consacrée au secteur hospitalier permettant la mise en œuvre de la politique sanitaire et salariale de l'Etat. Il est peut-être insuffisamment souligné que ce cadre général, connu de tous, a été largement respecté par la majorité des établissements, qui restent en situation d'équilibre financier. Quant aux établissements en déséquilibre du fait notamment de sur-effectifs, seule une interprétation erronée des directives ministérielles pouvaient les conduire à poursuivre une politique de recrutement, sans envisager un redéploiement interne de leurs ressources humaines.

Par ailleurs l'affirmation selon laquelle « l'a timidité du pilotage national du dispositif des CREF s'explique sans doute en partie par la conscience d'une responsabilité du niveau central dans la dérive de la situation financière des établissements » n'est pas partagée par la DHOS. Le rapport devrait par ailleurs mieux séparer les niveaux de responsabilité politique et administratif, ce qui conduirait à préciser la formulation « discréditée par des interventions directes du niveau central , sur décisions politiques ».. (n.20)

Page 30 : s'il est vrai que les missions du FMESPP ont été progressivement élargies, les crédits consacrés aux restructurations et reconversion de personnel demeurent conséquents (110 M€ pour le volet ressources humaines en 2007)

Page 35 : l'affirmation selon laquelle l'administration centrale aurait créé « une procédure d'administration provisoire sans accepter de la mettre en œuvre dans des situations critiques » est pour le moins ambiguë car elle laisse supposer que le ministère se serait opposé à la mise sous administration provisoire décidée par un directeur d'ARH, ce qui n'est nullement le cas. Cette procédure a été conçue à l'origine comme un ultime recours, après épuisement de toutes les voies de redressement, et notamment l'intervention de missions d'appui et de conseil des CGES dans un certain nombre d'établissements. à noter au surplus qu'elle n'est juridiquement possible que depuis la publication du décret du 10 janvier 2007.

Partie 2 une nouvelle politique contractuelle pour les établissements en difficulté

Renforcer le cadre juridique des CREF

- **Recommandation n°1** : lancer rapidement une mission d'évaluation de la procédure de CPOM.

Les modalités du CPOM peuvent en effet être revues pour éviter la redondance des indicateurs et favoriser l'efficacité de la procédure. En revanche, les items compris dans le processus de certification doivent demeurer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen, afin de permettre aux tutelles (ARH ou leur équivalent dans le cadre de la réflexion sur les ARS) de suivre le processus d'amélioration continue de la qualité et aux établissements de poursuivre leurs efforts. La certification doit et va d'ailleurs évoluer pour être davantage un outil d'aide à la décision des établissements, des ARH et des usagers. Il n'est pas envisagé par ailleurs de remettre en cause les OQOS en phase de montée en charge, sur l'intérêt desquels la mission exprime des interrogations

- **Recommandation n°2** : mettre en place par voie législative une nouvelle procédure de CREF par avenant aux CPOM

La DHOS partage globalement cette recommandation et une disposition du PLFSS pour 2008 adopté par le Parlement va d'ailleurs dans le sens souhaité par le rapport en améliorant l'articulation entre le plan de redressement et le CREF, celui-ci ayant désormais le statut d'avenant au CPOM. Cette nouvelle disposition va également dans le sens des recommandations n°3 et 4.

- **Recommandation n°5** : fixer par décret les clauses d'ordre public à faire figurer dans les CREF

Plutôt que la fixation de nouvelles normes dans un domaine qui par définition doit laisser une large place à la négociation, la DHOS est favorable à la définition d'un cadre méthodologique visant à aider les parties à conclure un CREF dans les meilleures conditions. Ce cadre sera établi en s'inspirant largement des recommandations de la mission (notamment n° 6, 7 et 10)

- **Recommandation n° 8** : inclure dans les contrats Ministère/ ARH des objectifs chiffrés de réduction des déficits....

Cette recommandation est d'ores et déjà mise en œuvre. Il est également tenu compte de cet objectif dans l'évaluation des directeurs d'ARH.

- **Recommandation n° 9** : renforcer les équipes des ARH

Le rapport recommande de renforcer les moyens d'intervention des ARH notamment en faisant évoluer la MEAH dont les travaux sont insuffisamment utilisés. La création d'une mission « efficacité » représenterait un pas important si elle assumait ces 3 missions dans l'accompagnement des établissements de santé :

- appui aux réorganisations internes (audit organisationnel, accompagnement social des restructurations)
- appui à l'audit financier (stratégie financière, appui à la définition de plan de redressement)
- appui à l'investissement (appui au montage des projets et à l'analyse du retour sur investissement notamment en matière d'organisation)

Cette agence devra pouvoir intervenir à la demande des établissements volontaires mais aussi à la demande des ARH., sur la base d'engagements contractualisés avec les établissements dans le CPOM

Les travaux en cours en vue de la création des ARS vont également dans le sens d'un renforcement de l'échelon régional

Renforcer la capacité de management des établissements en CREF

Comme le souligne le rapport, la réforme de la nouvelle gouvernance n'est qu'au début de sa mise en œuvre et n'a pas encore atteint ses objectifs (diffusion des outils médico-économiques, modernisation de la gestion des établissements). On peut néanmoins regretter que les cinq recommandations n'insistent pas suffisamment sur la nécessité d'appuyer ces réformes et se focalisent sur des actions vis-à-vis des directions hospitalières.

Pourtant, pour mener les actions indispensables au redressement de l'établissement, le CREF et le diagnostic des situations déficitaires doivent être déclinés au niveau des pôles et du conseil exécutif ; l'ensemble des professionnels (y compris les responsables médicaux) doit être impliqué dans les actions à mener. De même, la DHOS partage l'analyse selon laquelle la contractualisation interne sera un facteur de progrès essentiel qui doit inclure des objectifs de performance et d'économies et qui peut être liée à un intéressement des pôles à la réalisation de ces objectifs.

En revanche, la DHOS ne partage pas la critique des plans de santé publique : « les recrutements réalisés dans le cadre des plans nationaux ne s'inscrivent pas dans une logique de renforcement d'activités au fort potentiel ».

L'objectif de retour à l'équilibre ne doit pas se faire au détriment de la réalisation des missions des établissements publics dont certains à « faible potentiel » d'activités.

Par ailleurs, la qualité de la prise en charge et la transparence sur cette qualité peuvent améliorer l'attractivité et ainsi participer à l'amélioration de l'efficacité de l'établissement.

- **Recommandation n°12** : faire adopter le CREF par le conseil d'administration

La DHOS partage l'appréciation selon laquelle il convient d'impliquer le conseil d'administration, et notamment son président dans la conduite d'un redressement. Le CREF, qui constituera désormais un avenant au CPOM, devra obligatoirement être soumis à sa délibération ; en revanche seul le directeur a qualité pour signer le contrat en tant que représentant légal de l'EPS, ce qui n'exclut pas un contreseing engageant également le président du CME et le président de la CA sur la base du volontariat.

Mettre les établissements en situation de réussir

La DHOS partage l'opinion selon laquelle beaucoup d'établissements en difficulté suivent l'exécution de leur budget sans pouvoir toujours identifier les sources de sous-performances ou les activités déficitaires. Or le 100% T2A rend encore plus nécessaire la mise en place rapide d'outils performants de comptabilité analytique. L'identification des surcoûts est essentielle pour lancer les réorganisations nécessaires.

Il est aujourd'hui indispensable d'améliorer la capacité des établissements à redresser la barre ; ceci ne pourra se faire sans leur fournir des outils robustes et adaptés et sans renforcer leur accompagnement dans le domaine du contrôle de gestion

- **Recommandation n° 16** : assouplir la gestion des ressources humaines médicales en cas de CREF

Sur la rigidité de la gestion des personnels : les nouvelles dispositions statutaires issues du décret du 5 octobre 2006 simplifient les procédures existantes, leur donnent plus de souplesse et renforcent le rôle du niveau local.

Le praticien candidat à un emploi, doit se voir proposer un « profil de poste ».

Si la nomination dans l'établissement reste au niveau national (DG du CNG), la procédure est simplifiée (la CSN n'intervient que si les avis de la CME et du conseil exécutif sont divergents).

L'affectation du praticien dans un pôle se fait, quant à elle, au niveau local (elle est prononcée par le directeur sur proposition du responsable du pôle et du président de la CME.)

De même, c'est le niveau local qui intervient afin d'organiser la mutation interne d'un praticien au sein d'un pôle ou son transfert d'un pôle à un autre.

Sur les rémunérations qui prennent peu en compte l'activité et qui ne sont pas attractives par rapport au privé dans certaines spécialités : le dispositif de part complémentaire variable (PCV) qui permet de servir un intéressement à l'activité pondéré par des critères qualitatifs, qui ne s'adresse aujourd'hui qu'aux PH de chirurgie sera progressivement étendu à tous les statuts hospitaliers et HU et à toutes les spécialités. Il doit devenir un véritable outil de management des équipes médicales, les seuils d'éligibilité tout en s'intégrant dans un cadre national sont déterminés au niveau de chaque établissement, le DARH, avec la commission régionale paritaire, devant valider le dispositif avec un souci d'équité de traitement des professionnels entre établissements

Sur les difficultés pour organiser des redéploiements de personnels : les PH sont des agents titulaires nommés à titre permanent qui bénéficient à ce titre de garanties statutaires.

Des outils existent :

- le transfert du poste à l'initiative du directeur de l'ARH ;
- la nouvelle position de « recherche d'affectation » qui permet de placer un praticien auprès du CNG en vue d'organiser sa mobilité et/ou sa reconversion peut être mise en œuvre très rapidement (un arrêté doit préciser dans quel délai, à compter de l'installation du CA du CNG, ce dispositif s'applique).

Ce dispositif statutaire peut s'articuler avec la possibilité introduite par le décret du 19 mars 2004 qui permet à un médecin de solliciter un changement de qualification ordinale.

On peut cependant regretter que les statuts (de titulaires comme de contractuels) rendent nécessaire l'accord du praticien pour organiser des activités partagées dans le cadre d'actions de coopérations hospitalières.

- **Recommandation n° 17** : mettre en place deux structures de gestion de personnel : des GCS de territoire qui pourront gérer le personnel et dans chaque région un GCS qui assurerait la reconversion des personnels.

Les dispositions contenues dans le PLFSS pour 2008 et visant à faciliter la constitution de GCS de territoire à l'initiative de l'ARH répondent à cette recommandation. Au niveau national le département « développement des carrières et formation » du CNG, doté de conseillers « carrière », dans le cadre de la « recherche d'affectation », remplira tout à fait le rôle souhaité par la mission, en ce qui concerne les praticiens et les directeurs. De plus une structure nationale a l'avantage de mutualiser le coût et d'élargir les possibilités de réaffectation.

- **Recommandation n° 19** : clarifier les financements

Dans le cadre d'un financement à l'activité à 100 % des tarifs, les moyens d'intervention à disposition des ARH sont contenus dans le volet « accompagnement de la contractualisation » de leur dotation régionale MIGAC, allouée selon une procédure qui garantit la transparence : arrêté interministériel pris sur recommandation du conseil de l'hospitalisation et circulaire publiés au BO du ministère. La volonté de laisser des marges de manœuvre suffisantes à la main des ARH conduit à ne pas souscrire à la proposition tendant à isoler une sous enveloppe « CREF » à l'intérieur de l'enveloppe AC.

Le volume des financements consacrés aux mesures de retour à l'équilibre dépend étroitement des arbitrages rendus pour la répartition de l'ONDAM et son augmentation ne pourrait s'opérer qu'au détriment d'autres priorités nationales. Il convient à cet égard de rappeler que les moyens délégués aux ARH doivent être attribués par ces derniers aux établissements de manière non reconductible, avec ré examen annuel en considération des efforts réalisés ; les marges de manœuvre régionales se reconstituent ainsi sans qu'il soit toujours nécessaire de les ré abonder annuellement.

Sur le FMESPP, il faut rappeler que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à son financement est d'ores et déjà fixé par la LFSS. Son utilisation est largement décentralisée, à l'exception des aides individuelles du volet « ressources humaines », qui ne représentent qu'un dixième du montant total, et pour lesquelles une procédure de validation nationale existe.

Il doit enfin être précisé qu'une procédure d'instruction des demandes de soutien parvenant au niveau ministériel a été instituée et mise en œuvre en lien avec les CGES ; l'appréciation du directeur d'ARH compétent est systématiquement demandée et il ne saurait sur ce point être soutenu que des aides exceptionnelles aient pu être accordées contre son avis.

- **Recommandation n°20** : améliorer l'accès des établissements à l'information médico-économique à travers le renforcement de SNATIH.

Les rapporteurs constatent qu'en dépit des progrès réalisés au niveau central les directions hospitalières se sont encore insuffisamment appropriées les outils de benchmarking. Il convient de développer l'utilisation de SNATIH dont il faut souligner qu'il est accessible à tous les établissements... Cette utilisation doit trouver comme corollaire l'emploi stratégique de PARHTAGE-décision par les ARH.

Le « diagnostic flash », diffusé dans toutes les régions, est désormais opérationnel et son utilisation est systématique dans le cadre des missions conduites par les CGES

- **Recommandation n° 21**: encourager l'adhésion à l'ENC, ...soumettre la politique tarifaire à l'observatoire économique...

L'étude nationale de coûts en vigueur dans le secteur ex-DG depuis 1996 est remplacé par étude nationale de coûts par séjour relative aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) selon une méthodologie commune aux établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (ex-DG) d'une part et aux établissements de santé antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) d'autre part. Cette étude nationale de coûts dite « commune » (ENCC) contient des évolutions significatives visant à renforcer l'approche médicalisée, à améliorer la connaissance des coûts de logistique et de gestion générale, à intégrer les spécificités de chacun des secteurs et enfin à prendre en compte les nouvelles modalités d'allocation de ressources des établissements de santé. Ce dernier point est directement lié au rôle central dévolu à l'ENCC pour l'analyse des écarts inter et intra sectoriel; elle constitue, pour les pouvoirs publics, un outil d'aide à la décision dans le dispositif de

financement des établissements de santé. Dans le même temps, les référentiels nationaux de coûts qui en seront issus doivent accompagner le développement de la gestion interne au sein des établissements qui constitue l'un des attendus majeurs de la réforme du financement. Pour ces raisons, la méthodologie de l'ENCC aboutit à la production d'un coût de séjour MCO le plus complet et le plus précis possible en cohérence avec les modalités d'allocation budgétaire. Il convient enfin de souligner le caractère participatif de l'élaboration de la méthodologie, associant la DHOS, l'ATIH et les fédérations d'établissements.

Il doit être précisé que la politique tarifaire n'entre pas dans le champ de compétence de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée à qui le législateur a confié la mission de suivre les dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, en vue d'éclairer le Gouvernement et le Parlement.

- **Recommandation n° 22** : financement des MIG

Outre les travaux sur les MERRI, mentionnés dans le rapport, et qui vont conduire à des réallocations de ressources entre établissements en charge de ces missions dès 2008, il faut rappeler que les autres MIG ont fait l'objet d'un guide disponible sur le site du ministère en vue d'objectiver leurs coûts et d'aider les ARH à contractualiser avec les établissements, sur les moyens alloués et le service attendu sur la base d'indicateurs robustes.

- **Recommandation n°23** : mettre en place progressivement la certification comptable.

Malgré les progrès liés à la mise en place de l'EPRD, la mission a relevé les insuffisances de la comptabilité générale d'une partie importante des établissements contrôlés. Surtout, il apparaît que les comptes de certains établissements n'expriment pas clairement leur réelle situation financière. La DHOS, en relation avec la DGCP et les représentants des établissements, a entrepris des travaux en vue d'améliorer la qualité des comptes, en particulier s'agissant des provisions, et d'évoluer vers une procédure de certification comptable pour les EPS. Elle ne partage pas pour autant entièrement l'appréciation de la mission sur la supériorité du dispositif comptable applicable aux établissements PSPH, par rapport à l'organisation comptable des EPS, fondée sur une séparation stricte de l'ordonnateur et du comptable public et sur un contrôle juridictionnel des comptes.

- **Recommandations n° 24** : développer des outils de comptabilité analytique

La mission propose de réaliser à court terme un référentiel national de comptabilité analytique à partir du constat que « rien ne garantit actuellement que les référentiels de la MEAH soient cohérents avec ceux développés dans le cadre de l'ENC, les premiers concernent la comptabilité par pôle ; les second harmonisés avec le retraitement comptable des établissements (répartition MCO / SSR / autres activités) visent à obtenir un coût par GHM ». Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière devra évoluer pour tenir compte de la situation nouvelle en distinguant clairement les trois dimensions :

1. la méthodologie de base : découpage de l'établissement en sections d'analyse et affectation des charges de la comptabilité générales aux sections d'analyse,
2. calcul des coûts par séjours et par GHM pour le calcul des tarifs (Guide ENCC)
3. utilisation en gestion interne, base GACAH, TCCM établissement, TCCM et CRÉA par pôle et coûts par séjour et GHM.

Il convient également de définir un plan de déploiement de la comptabilité analytique incluant des feuilles de routes. Ce plan a pour vocation à être défini par l'administration centrale, suivi par les ARH et accompagné par les chargés de mission et la mission efficacité.

Les établissements se situant à des stades de maturité différents, il est souhaitable de concevoir des modes de suivi adaptés à chaque stade. La graduation suivante pourrait être adoptée :

- Stade 1 : utilisation de référentiels économiques comme l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) avant même la mise en place de la comptabilité analytique ;
- Stade 2 : entrée dans la démarche initiée par le GACAH (base du CHU d'Angers)
- Stade 3 : TCCM par établissements
- Stade 4 : GACAH par pôles
- Stade 5 : TCCM et CREA par pôles
- Stade 6 : utilisation des référentiels des coûts par séjours et GHM par établissements et par pôles (base ATIH).

En conclusion :

La DHOS partage avec les auteurs du rapport la conviction qu'il faut mettre en œuvre les moyens nécessaires pour éviter que certains établissements de santé ne s'installent dans une culture de déficit, tout en soulignant qu'une majorité d'hôpitaux sont gérés avec rigueur et dans le souci de maintenir l'équilibre de leurs comptes.

Le retour à l'équilibre financier est une priorité nationale qui a d'ores et déjà trouvé sa traduction législative dans la LFSS pour 2008 et pour la réalisation de laquelle la DHOS poursuivra et amplifiera les actions entreprises.

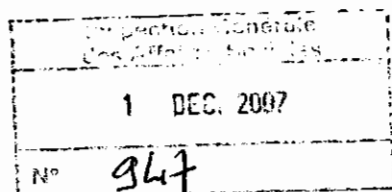
La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

Réponse de Monsieur le directeur de la Sécurité Sociale



**Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique**



Paris, le 18 DEC. 2007

Le directeur de la sécurité sociale

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet: Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux perdants à la T2A

Vous avez bien voulu me solliciter dans le cadre de la procédure contradictoire sur le contenu du rapport initial sur les CREF.

Quant au constat, je retiens essentiellement les insuffisances que vous mentionnez sur le dispositif :

- une application des contrats nettement différenciée entre régions ;
- un recours peu formalisé ;
- des objectifs peu précis, mal fondés et insuffisamment exigeants caractérisés notamment par un manque d'ambition sur les économies à réaliser ;
- une absence de sanction associée à la non-réalisation des économies ;
- un octroi de financements exceptionnels de type MIGAC sans contrepartie et sans transparence véritable

Plusieurs recommandations me semblent particulièrement intéressantes et pertinentes :

- un déploiement volontaire de la comptabilité analytique et des tableaux de comparaison des coûts par activité dans les établissements publics ;
- la mise en place par voie législative d'une nouvelle procédure de contrat de retour à l'équilibre financier par avenant au CPOM et le réexamen de l'ensemble des contrats passés avec les établissements en déficit ;
- l'inclusion dans tous les contrats ministère - ARH et dans les évaluations individuelles des directeurs des objectifs de retour à l'équilibre financier des établissements de la région ;
- l'approbation des CREF par le conseil d'administration et si possible une co-signature par le président du conseil d'administration

Je partage pleinement ces conclusions et recommandations. Elles viendront sans doute alimenter les réflexions de la mission confiée à M. LARCHER avec l'ambition de voir le nombre d'établissements en déficit diminuer fortement.

Les nouvelles dispositions figurant dans le PLFSS 2008 visant à plus d'automatisme pour le recours au plan de redressement et son articulation avec le CPOM illustrent le fait que la problématique est désormais appréhendée de manière prioritaire. Il convient que l'administration centrale en tire toutes les conséquences et mette à disposition des ARH, notamment par les textes d'application de la loi, les outils pour mener ces actions. A ce titre, en pleine collaboration avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, je serai particulièrement vigilant à ce que ces principes désormais législatifs soient suivis d'une traduction concrète de mise en œuvre.

Enfin, je me réjouis de ce que les éléments de préconisation contenus dans le rapport aillent clairement dans le sens d'une meilleure gestion des établissements et des crédits d'assurance maladie dont ils bénéficient. Je retiens à ce titre votre souci que le soutien aux actions de redressement se fasse essentiellement par redéploiement des crédits FMESPP et aides à la contractualisation figurant dans la réserve ministérielle. Je suis naturellement tout à fait sensible à cette préoccupation et partage pleinement votre analyse sur ce point. J'ajouterai qu'il convient de limiter et d'encadrer fortement les mesures ponctuelles de soutien aux établissements par intervention du ministère ou de l'ARH décrédibilisant l'action des gestionnaires vertueux. Sur ce point, j'insiste fortement sur la nécessité de disposer d'informations plus précises sur l'utilisation et le devenir de ces crédits discrétionnaires et potentiellement désincitatifs à la réorganisation.

*Le mini do CREF doit revenir
du comité de l'Hospitalisation, sinon il
ne se passe pas grand chose.*

Le Directeur de la Sécurité Sociale

Dominique LBAULT

Observations de la mission

À la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

La mission se réjouit de l'accord exprimé par la DHOS sur le constat d'ensemble et elle prend acte des observations présentées pour nuancer certaines appréciations du rapport ou pour mieux faire apparaître les actions engagées pour faciliter l'accompagnement des établissements en difficultés.

1) Observations sur la partie 1 : une politique contractuelle peu efficace pour le redressement des établissements

Pages 6 à 10 La mission prend acte des observations concernant les CPOM et les OQOS mais elle maintient son appréciation. La procédure des CPOM s'est révélée peu adaptée pour la vingtaine d'établissements en difficulté contrôlés par la mission, en particulier dans les cas où le redressement de l'établissement passait par une restructuration rapide de l'offre de soins sur le territoire.

Pages 20 à 22 La mission prend acte des remarques concernant le pilotage national de la politique de contrat. Elle considère que ces observations ne remettent pas en cause, bien au contraire, les éléments présentés dans le rapport. La mission estime que le rapport contribue à réaliser le souhait de la DHOS de « *mieux séparer les niveaux de responsabilité politique et administratif* » même s'il ne s'agissait pas de son objet principal (voir par exemple page 35). Les difficultés rencontrées s'expliquent en partie par les faiblesses du pilotage national et donc ne relèvent pas seulement de la gestion locale. Pour cette raison, la mission regrette que la DHOS ne partage pas le constat, étayé dans le rapport, d'une responsabilité du niveau central dans la dérive de la situation financière des établissements.

Page 30 Concernant le FMESPP, la mission prend acte de la précision apportée qui lui paraît conforter son constat sur l'écart entre l'importance des moyens mis en place et la faiblesse de leur utilisation.

Page 35 La mission prend acte de la remarque concernant la procédure d'administration provisoire ; elle reconnaît que la formulation qui figure dans le rapport peut être source d'ambiguïté ; elle a modifié sur ce point la rédaction du rapport. Il doit toutefois être noté que l'administration provisoire est juridiquement possible depuis plus d'un an, sans être appliquée.

2) Observations sur la partie 2 : une nouvelle politique contractuelle pour les établissements en difficulté

- Recommandation n° 1** La mission prend acte des intentions exprimées par la DHOS pour faire évoluer la démarche de CPOM. Elle maintient sa recommandation en particulier concernant les OQOS dont le peu d'impact concret doit faire rapidement l'objet d'une analyse.
- Recommandation n° 2** La mission se réjouit du point de vue de la DHOS et se félicite des dispositions du PLFSS 2008. Elle regrette toutefois que la réponse de la DHOS ne soit pas plus explicite s'agissant des recommandations 3 et 4 présentées par la mission. Elle regrette les hésitations de la DHOS à inscrire dans un texte réglementaire des exigences de qualité des contrats et la volonté de la DHOS de limiter l'encadrement de la procédure à la mise au point d'un cadre méthodologique. L'analyse de la mise en œuvre de la procédure CREF, procédure laissée au bon vouloir des ARH, montre les limites d'un dispositif peu encadré au niveau national. La mission considère donc que le renforcement nécessaire du pilotage de la procédure au niveau national ne peut se faire uniquement par la fixation d'objectifs aux ARH. Elle maintient sa recommandation de rendre « automatique » le déclenchement de la procédure de CREF dans des conditions fixées par décret afin d'obliger les acteurs locaux (ARH et directions d'établissement) à prendre en compte sans délai la réalité des difficultés rencontrées par un établissement. La mission maintient aussi que la fixation d'un délai contraint pour la négociation ainsi que l'obligation d'inscrire dans les contrats des objectifs exigeants en terme de délai de retour à l'équilibre sont des éléments essentiels de garantie de l'efficacité du dispositif de redressement. L'existence de ce type de règle est très importante dans un cadre de gestion publique dans lequel, à la différence du secteur privé, le risque d'une cessation d'activité est perçu comme faible voire inexistant, ce qui ne facilite pas l'engagement des responsables dans des actions de redressement.
- Recommandation n° 5** Si, comme cela a été évoqué supra, la mission regrette l'absence d'accord sur la préparation d'un texte réglementaire, elle se félicite de l'accord de la DHOS pour engager la réalisation d'un cadre méthodologique portant sur les mesures à intégrer aux CREF. La mission se réjouit que les propositions du rapport sur la revue d'activité de l'établissement, la mise en place de centres hospitaliers de territoire et le réexamen des programmes d'investissement puissent inspirer la rédaction de ce guide, comme le précise la DHOS et notamment les mesures d'amélioration de la productivité et d'organisation de l'intégration dans des centres hospitaliers de territoire à partir d'une revue d'activité, d'une analyse de l'offre de soins sur le territoire et du réexamen des projets d'investissements.

- Recommandation n° 8** La mission se félicite de l'accord de la DHOS sur la recommandation n° 8 qui, contrairement à ce qui est indiqué dans la réponse, n'est pas complètement mise en œuvre à l'heure actuelle comme le démontre l'examen du contrat DHOS-ARH pour la région Midi Pyrénées.
- Recommandation n° 9** La mission se félicite des orientations générales exprimées par la DHOS, mais souligne que la création juridique de nouvelles structures au niveau national (une agence en charge de la mission efficacité) et, surtout, au niveau régional (les Agences Régionales de Santé (ARS)), ne garantit pas le renforcement opérationnel des compétences et des capacités d'action en matière d'accompagnement des établissements en difficulté. C'est pourquoi elle maintient la recommandation n° 9 dans sa formulation initiale.
- Recommandation n° 11** La mission prend acte des remarques de la DHOS, mais elle regrette que la DHOS n'ait pas pris position de manière explicite sur la recommandation n° 11 et, donc, la nécessité d'une plus grande prise en compte des résultats obtenus en matière de redressement financier dans les conditions de rémunération et de déroulement de carrière des directeurs. Plus généralement, sur ce point, la mission regrette vivement que la DHOS n'ait pas jugé utile d'exprimer un avis sur les recommandations n° 13 (organisation d'une procédure conduisant dans certaines conditions au remplacement du directeur au début de la préparation d'un contrat de retour à l'équilibre) et n° 14 (mise en place d'un constat de mission entre l'ARH et le directeur d'un établissement en CREF). Comme cela a été démontré dans les rapports de site, le renforcement de la capacité de management des établissements est un préalable absolu à l'engagement de démarches de redressement et les conditions actuelles de gestion des responsables sont un obstacle majeur à la recherche d'efficacité. En revanche, l'accent mis par la DHOS sur le rôle des responsables de pôles, aux côtés des directions, dans les actions à mener pour redresser les établissements, recoupe les constats établis par la mission.
- Recommandation n° 12** La mission prend acte de l'accord de la DHOS.
- Recommandation n° 16** La mission se félicite des orientations présentées concernant l'évolution de la part variable de rémunération, et considère en effet que l'extension de la part complémentaire variable à l'ensemble des praticiens hospitaliers est nécessaire. Mais elle maintient ses recommandations visant à franchir une nouvelle étape dans la modernisation de la gestion et d'abord au bénéfice des établissements en difficulté pour lesquels les dispositifs existants sont fortement pénalisants en terme de capacité de d'adaptation des compétences. En outre, la mission considère (proposition 18) que l'intéressement doit être étendu, le cas échéant, à d'autres catégories de personnel que les seuls

médecins, ce qui pourrait se faire dans le cadre de la négociation des CREF.

Recommandation n° 17 La mission partage les remarques de la DHOS sur le fait que les dispositions de la LFSS 2008 rendent possible la réalisation de la recommandation 17. Mais elle considère que sa mise en œuvre opérationnelle ne peut pas être laissée à la seule initiative des ARH mais qu'elle doit être pilotée et animée par le niveau national et donc les services de la DHOS. Elle maintient donc la formulation de la recommandation 17.

Recommandation n° 19 La mission regrette que la DHOS n'ait pas jugé utile de donner son avis sur les propositions opérationnelles de la mission. Elle ne peut que souligner à nouveau la nécessité d'évolutions importantes, les rapports de site ayant démontré l'inefficacité des dispositifs actuels d'accompagnement financier et d'abord sur le volet ressources humaines (du fait de la centralisation qui caractérise sa gestion). Les exemples analysés dans le rapport montrent que l'utilisation des crédits du FMESPP est perfectible.

Une forte priorité devrait s'attacher à mieux identifier les concours financiers qui sont accordés aux établissements en difficulté (et d'abord s'agissant de ceux qui ont un caractère reconductible c'est-à-dire une portée pluriannuelle). L'augmentation des financements accordés aux procédures de retour à l'équilibre peut être financée par une diminution de l'« enveloppe cabinet » et par une meilleure utilisation du FMESPP.

La mission prend acte de la mise en place d'une nouvelle procédure pour améliorer l'instruction des demandes de soutien parvenant au niveau national. Au vu des éléments qu'elle a recueillis auprès des ARH sur lesquels l'enquête est intervenue, la mission estime que la réforme des procédures actuelles est en effet une nécessité. La mission conteste la remarque selon laquelle « *il ne saurait être question sur ce point que des aides exceptionnelles aient pu être accordées contre son avis* ».

Recommandation n° 20 La mission prend acte des remarques de la DHOS.

Recommandation n° 21 La mission prend acte des remarques de la DHOS mais maintient ses propositions, notamment concernant le rôle de l'Observatoire de l'hospitalisation.

Recommandation n° 22 La mission prend acte des remarques de la DHOS.

Recommandation n° 23 La mission se félicite que la DHOS ait engagé, notamment avec la DGCP, des travaux en vue d'améliorer la qualité des comptes des établissements et, notamment, en faisant évoluer les procédures vers la certification des comptes. La mission

maintient ses propositions dont elle pense qu'elles garantiraient la mise en œuvre effective de progrès dans la fiabilité des comptes dans des délais raisonnables.

Recommandation n° 24 La mission se félicite des observations présentées par la DHOS qui lui semblent tout à fait en accord avec les préconisations du rapport.

En conclusion, la mission prend acte avec satisfaction de l'engagement de la DHOS pour poursuivre et amplifier les actions entreprises et accompagner le retour à l'équilibre financier des établissements en difficulté. Un engagement accru du pilotage national aux côtés des établissements aura en effet un rôle primordial dans l'amélioration des procédures de retour à l'équilibre des hôpitaux par rapport à la situation étudiée dans le rapport.

À la direction de la sécurité sociale (DSS)

La mission se félicite des observations de la DSS qui traduisent des analyses partagées et un accord sur les orientations à mettre en œuvre pour diminuer fortement le nombre d'établissements en déficit.

La mission devrait prochainement présenter ses travaux devant les membres de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher. D'ores et déjà, la mission partage l'analyse de la DSS sur la portée des dispositions figurant dans la LFSS 2008 et visant à faciliter l'accompagnement du redressement des établissements. Elle se félicite de l'engagement de la DSS aux côtés de la DHOS dans le suivi de la mise en œuvre de ces dispositions législatives.

La mission partage aussi les remarques de la DSS concernant les mesures de soutien financier aux établissements. Il est nécessaire, comme l'a souligné le rapport, de disposer d'informations précises sur les montants concernés et leur répartition.

*

**

*